



Manuel José Machadinho Paiva
Bidarra

SOBRECARGA DO FAMILIAR
CUIDADOR DA PESSOA COM
QUADRO DE DEMÊNCIA, em
contexto domiciliário

Relatório do trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à atribuição de título de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Joaquim Lopes

SETÚBAL, Dezembro 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM
QUADRO DE DEMÊNCIA, em contexto domiciliário**

SETÚBAL, Dezembro 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família pelo incentivo que me deu nos momentos de maior dificuldade e por vezes de desânimo, pela compreensão revelada e no apoio incondicional, tantas vezes necessário ao longo deste percurso:

- À minha esposa e filhos, pelo apoio que me deram nos momentos de ausência e inquietação para a realização desde trabalho.
- Dedico, ainda, à minha irmã e ao meu cunhado pelo seu imprescindível apoio.
- Aos meus pais e meus sogros pelos momentos de grande ausência.

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração do presente trabalho contei com o apoio de várias pessoas, às quais gostaria de expressar o nosso agradecimento:

- Agradeço ao professor Doutor Joaquim Lopes pelo apoio e orientação para a realização deste trabalho;
- Agradeço ao professor Lino na orientação nas reuniões de orientação para a realização deste trabalho;
- À Enfermeira Isabel Silva pela sua orientação, disponibilidade, experiência na realização do estágio e deste projeto;
- A todos os Enfermeiros da UCC ajudaram na visita domiciliária e que demonstraram grande disponibilidade em acolher-me na equipa;
- A todos os Cuidadores Informais que aceitaram participar neste trabalho, porque sem eles não seria possível realizar este relatório.

A todos, um muito obrigado.

Bidarra

Pensamento

“A função específica da enfermagem é assistir os indivíduos, sãos ou doentes, a realizar as atividades que contribuem para manter ou recuperar a saúde (ou para ter uma morte tranquila), que eles mesmo realizariam se tivessem a força e os conhecimentos necessários”

VIRGÍNIA HENDERSON

“Cuidar, sim. Excluir, não”.

OMS (2001:5)

“Grandes realizações são precisas quando se dá importância aos pequenos começos.”

Lao Tzu

“Se soubermos que um obstáculo é intransponível, deixa de ser um obstáculo para se tornar um ponto de partida.”

Juzsef Eorvos

*“Se encontrares um caminho sem obstáculos, pensa que talvez não te leve a nenhum lugar.”**

(Autor desconhecido)

* <http://pensamentos.com.sapo.pt/exito.htm>

Consultado a 13-05-2011 às 23h

Resumo

Palavras-chave: *Projeto, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, comunidade, cuidadores informais, demência.*

A elaboração do projeto “**Re...lembrar**” resultou de uma necessidade real da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo que a sua realização além de um desafio foi uma imensa satisfação. A **definição do problema** foi: “Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental e que apoio dar aos utentes e cuidadores informais com necessidade de cuidados na área da saúde mental”. O **diagnóstico da situação** foi efetuado na UCC, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos de avaliação de diagnóstico: análise SWOT, FMEA, questionário e notas de campo. O **objetivo geral** deste projeto foi prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental à pessoa/família/comunidade, sendo especialmente dirigido para a promoção da saúde, adaptação e reabilitação dos processos de saúde e doença, em especial idosos com demência e em risco de depressão. As **Atividades/Estratégias** desenvolvidas foram: fornecer informação e participar na formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais, prestar cuidados ao utente com quadro de demência e depressão no idoso, promover e reabilitar os cuidadores informais na demência e os familiares com utentes em fase terminal. A **execução do projeto** desenvolveu-se no ACES, na UCC. Desde o início do projeto foram efetuadas: **205** visitas domiciliárias, **245** intervenções (sendo que **181** intervenções de continuidade), **24** consultas de enfermagem de 1ª vez e **77** consultas de enfermagem de continuidade. Na **avaliação do projeto** e de forma a dar resposta aos objetivos específicos, dos **24** utentes avaliados inicialmente, **16** utentes /famílias foram incluídos no projeto Re...Lembrar, **9** com quadro de demência e **7** com sintomas depressivos, das quais **8** famílias em sobrecarga do cuidador. A evolução do conceito de Saúde Mental Comunitária coloca novos desafios aos enfermeiros, exigindo-se um conjunto de novas intervenções e estratégias face ao aumento da esperança de vida dos utentes com agravamento dos défices cognitivos, com sobrecarga da família envolvida nos cuidados, cabendo às instituições dar resposta às necessidades da pessoa, família e comunidade.

Abstract

Keywords: Project, Nursing for mental health and psychiatry, community, informal caregivers, dementia.

The development of the project "Re ... lembrar" resulted from a real need of the Community Care Unit, so its achievement was both a challenge and a great satisfaction. The problem definition was: "What are the needs for nursing care for mental health and what kind of support it gives to patients and informal caregivers in need of care in mental health" The diagnosis of the situation was made in the UCC, using the following diagnostic assessment tools: SWOT, FMEA, questionnaire and field notes. The main goal this project was to provide nursing care for Mental Health to the person - family - community, mostly directed to health promotion, adaptation and rehabilitation of health and disease processes, especially on elderly patients with dementia and depression risk. The activities / strategies developed were: to provide information and to participate in the formation of teams of nurses of the functional units, to provide care to the elderly patients in the process of dementia and depression, to promote and to rehabilitate the informal caregivers in cases of dementia and relatives of patients in end-stage situation. The project was developed in ACES in UCC. Since the project began were made: 205 home visits, 245 interventions (181 continuity interventions), 24 nursing visits for the 1st time and 77 nursing visits for continuity. Evaluating the project and in order to fulfill the specific goals of the 24 patients initially evaluated, 16 clients - families were included in the project "Re ... lembrar": 9 with dementia, 7 with depressive symptoms and 8 of these families revealed overcharged caregiver. The evolution of the concept of Community Mental Health brings new challenges to the nurses, requiring a set of new strategies to face the increasing of life expectancy of the patients with progressive cognitive deficits, with the overcharged relatives involved in the caring process, demanding the institutions to create solutions for the individuals, families and community's situations.

CHAVE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

%-percentagem

CI-Cuidador Informal

H-horas

Nº- número

SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AVD'S- Atividade de Vida diária

CANE — Camberwell Assessment of Need for the Elderly

CIT- Citação

CP – Cuidados Paliativos

ECCI -Equipas de Cuidados Continuados Integrados

FMEA -Failure Mode and Effect Analysis,

GDS-Escala de Depressão Geriátrica

GNR-Guarda Nacional Republicana

INE -Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

MMS - Mini -Mental State Examination

OMS- Organização Mundial de Saúde

QASCI- Questionário de Avaliação da Sobrecarga Cuidadores Informais

RNCCI- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RPN- Número de Prioridade de Risco

SPESM-Sociedade Portuguesa de Saude Mental

SWOT - Stands for Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

VD- Visitação domiciliaria

<u>ÍNDICE</u>	Folha
0-<u>INTRODUÇÃO</u>	15
PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	
1 -<u>PROBLEMÁTICA</u>	17
2-<u>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</u>	18
3 -<u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	19
3.1-ENQUADRAMENTO DISCIPLINAR	19
3.1.1-<u>Papel de Transição dos Cuidadores Informais de pessoas com quadro de Demência segundo teoria das Transições de Meleis</u>	19
3.1.2-<u>As Necessidades dos Cuidadores Informais de pessoas com quadro de demência segundo Virgínia Henderson</u>	25
3.2-FAMÍLIA	31
3.3-CUIDADOR INFORMAL	33
3.4-SOBRECARGA DO CUIDADOR	36
3.5-CUIDADOS AO UTENTE COM QUADRO DE DEMÊNCIA...	40
3.6-CUIDADORES INFORMAIS NAS DEMÊNCIAS	46
3.7-FAMILIARES COM UTENTES FASE TERMINAL VS DEMÊNCIA	50

4-<u>QUESTÃO DE PARTIDA</u>	54
5 -<u>OBJETIVOS</u>	55
6-<u>METODOLOGIA</u>	56
6.1-ETAPA DIAGNÓSTICA	58
6.1.1-<u>Análise SWOT</u>	58
6.1.2-<u>FMEA do projeto</u>	62
6.1.3-<u>Visitação Domiciliária</u>	66
6.1.4-<u>Questões éticas na etapa de diagnóstico</u>	67
6.1.5- <u>Inquérito aos Enfermeiros da UCC</u>	68
6.1.6-<u>Análise dos dados</u>	71
6.1.7-<u>Diagnóstico da situação</u>	79
6.2-ETAPA DE PLANEAMENTO	80
6.2.1-<u>Questões éticas no planeamento</u>	80
6.2.2-<u>Justificação da escolha da intervenção</u>	82
6.2.3-<u>Objetivos da intervenção</u>	87
6.2.4-<u>Periodicidade, duração e local da realização da intervenção</u>...	91
6.2.5-<u>Recursos necessários</u>	92
6.2.6-<u>Proposta da intervenção à equipa</u>	93

6.3-ETAPA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO	93
6.3.1-<u>Questões éticas na execução da intervenção</u>	94
6.3.2-<u>Descrição da intervenção realizada</u>	95
6.4-ETAPA AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	100
6.4.1-<u>Questões éticas na avaliação da intervenção</u>	101
6.4.2-<u>Fontes de dados e métodos de avaliação</u>	102
6.4.3-<u>Resultados da avaliação da intervenção</u>	105
6.5-ETAPA DE DIVULGAÇÃO RESULTADOS	109
6.6-AVALIAÇÃO DE TODO O PIS	109

**PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA/BALANÇO COMPETÊNCIAS DO
MESTRE EM ENFERMAGEM DE SMP**

<u>7-COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SMP</u>	110
7.1-Demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem	111
7.2-Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento e competência ao longo da vida e em complemento as adquiridas	117
7.3-Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva	118
7.4-Age no desenvolvimento de tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos	122

7.5-Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para a prática de enfermagem baseada na evidencia.....	124
7.6-realiza análise diagnostica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as politicas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em particular.....	125
8-REFLEXÃO FINAL.....	126
9-REFERÊNCIAS	
9.1-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
9.2-REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS.....	132
<u>APÊNDICES</u>	
APÊNDICE nº I – Proposta Artigo para Publicação	134
APÊNDICE nº II – Questionário.....	149
APÊNDICE nº III - Algoritmo da referenciação de cuidados de saúde mental.....	156
APÊNDICE nº IV- Folha de Referenciação para as unidades funcionais.....	158
APÊNDICE nº V- Folha de Encaminhamento.....	160
APÊNDICE nº VI- Instrumento de colheita de dados do Utente /CI.....	163

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES OU QUADROS

Folha

FIGURAS

Figura nº1 - Esquema da transição de Meleis.....	20
Figura nº II - Análise SWOT – Dimensão interna / Dimensão externa.....	58

QUADROS

Quadro nº I – Quadro expositivo da análise SWOT do projeto.....	59
Quadro nº II -Soluções preconizadas face aos obstáculos.....	61

GRÁFICOS

Gráfico nº I – Percentagem das patologias na área da saúde mental identificada no programa de cuidados domiciliários.....	72
Gráfico nº II – Patologias na área da saúde mental identificadas no programa de cuidados domiciliários.....	73
Gráfico nº III – As necessidades de cuidados especializados na área da enfermagem de saúde mental aos utentes/família em contexto de domicílio.....	73
Gráfico nº IV - tipo de cuidados	73
Gráfico nº V - Os utentes com necessidades de cuidados de saúde mental são acompanhados por algum profissional com especialidade na área?.....	74
Gráfico nº VI - Considera importante uma intervenção na área da enfermagem de saúde mental?.....	74
Gráfico nº VII - tipo de intervenção?.....	75
Gráfico nº VIII - Ganhos em saúde para a utente e sua família?.....	76

Gráfico nº IX - Que ganhos tipo de ganhos em saúde?.....	76
Gráfico nº X - Se houvesse um projeto na Prestação de cuidados na área da Enfermagem de saúde mental, solicitaria a sua colaboração para a intervenção/plano terapêutico?.....	77
Gráfico nº XI - intervenções no âmbito das visitas domiciliárias.....	96
Gráfico nº XII -Número de utentes por género no total das visitas domiciliárias.....	96
Gráfico nº XIII - utentes por grupo etário nas consultas de 1ªvez.....	97
Gráfico nº XIV – nº de utentes por grupo etário nas consultas seguintes.....	97
Gráfico nº XV – nº consultas de enfermagem de saúde mental.....	97
Gráfico nº XVI - desenvolvimento cognitivo.....	98
Gráfico nº XVII - Avaliação de diagnóstico.....	98
Gráfico nº XVIII - Encaminhamento /Referenciação.....	98
Gráfico nº XIX - reuniões de consultoria.....	99
Gráfico nº XX - processo de aconselhamento.....	99
Gráfico nº XXI – Visitas com a equipa multidisciplinar.....	99
Gráfico nº XXII - outras intervenções no âmbito das visitas domiciliárias...	100

0- INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no contexto do Relatório do Projeto, que teve como objetivo:

- demonstrar conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Com a elaboração deste documento pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Relatar o trabalho de projeto desenvolvido numa UCC;
- Analisar criticamente a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Este relatório de projeto, na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, surgiu da necessidade sentida em realizar uma intervenção na comunidade com a intenção de prestar cuidados diferenciados, quer na área da prevenção, quer na área da reabilitação e investigação.

“A elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto (Shiefer et al, 2006:184) ainda segundo o mesmo autor, a principal vantagem da realização do relatório, reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento.” (cit. por Assenhas et al., 2010:32).

O Projeto “Re...Lembrar” é um projeto de apoio à saúde Mental na Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES da região de Lisboa, elaborado e iniciado durante o decorrer do 1º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental tendo como objetivo geral prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental à pessoa/família/Comunidade, sendo especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação e reabilitação aos processos de saúde e doença, em especial idosos com demência e em risco de depressão.

No curso de Pós-Graduação em Saúde Mental elaborámos um Estudo de Caso cujo tema foi “Promoção e reabilitação psicossocial dos familiares cuidadores”. Neste contexto,

traçámos como objetivo geral para este estudo: Identificar as necessidades de promoção e reabilitação psicossocial dos cuidadores informais.

“A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os familiares doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da comunidade.” (cit. por Bidarra, 2011:138)

Tendo em conta a experiência e percurso pessoal e profissional, a elaboração deste trabalho permitiu uma reflexão crítica sobre as necessidades de formação e de intervenção e um ponto de partida para um processo dinâmico de transformação do conhecimento e do significado de ser enfermeiro em saúde mental e psiquiatria.

O Tema central deste relatório é a SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM QUADRO DE DEMÊNCIA, em contexto domiciliário.

No decorrer da execução do projeto, as demências foram a patologia mais frequente, identificada na avaliação de diagnóstico, sendo que o cuidador informal, da pessoa com quadro de demência, sofre uma sobrecarga acrescida durante vários anos, o que se assemelha a cuidar de um utente em cuidados paliativos.

A apresentação do presente trabalho de relatório ficou dividida em duas partes: o Projeto de Intervenção em Serviço e a Análise Crítica das Competências de Mestre utilizando NP-405 (Norma Portuguesa) para a elaboração de referências bibliográficas.

A primeira parte contemplou a definição da problemática, caracterizando o local de estágio, o enquadramento teórico do trabalho e criando a pergunta de partida. Foram também definidos os objetivos. Mais tarde, foi descrita a metodologia adotada, que neste caso foi a Metodologia de Projeto, o que implicou um diagnóstico da situação, planeamento do projeto, execução do mesmo e sua avaliação, e no final a divulgação dos resultados.

Na segunda parte abordámos as Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde fizemos uma análise crítica das mesmas.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1-PROBLEMÁTICA

Com a experiência em cuidados domiciliários desde há nove anos, e com formação na área da saúde mental, sentimos a necessidade de dar resposta a algumas problemáticas nesta área de intervenção.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno atual, reflexo do aumento da esperança média de vida, tendo por base o desenvolvimento tecnológico e científico no âmbito da saúde, bem como, no incremento da qualidade dos cuidados prestados nas últimas décadas. Este contributo reflete-se também na longevidade dos utentes, ainda que com doenças crónicas e incapacitantes no seio familiar, resultando consideravelmente na sua dependência.

“As estruturas de saúde revelam-se incapazes de dar resposta, conduzindo estes utentes, para o seio familiar/comunidade, para além dos problemas que causam na vida das famílias, as doenças mentais como a demência e a depressão no idoso, as mais frequentes, causam desequilíbrio e sobrecarga a toda a família.” (cit. por Bidarra, 2011:137)

Ao longo da prática clínica, em contexto domiciliário, sentimos que prestar assistência a familiares dependentes, cuja dependência pode ser física ou mental, é desgastante e pode alterar a saúde dos cuidadores informais em especial cuidadores de pessoas com quadro de demência, com desgaste prematuro mais frequentemente do que as outras pessoas da sua idade.

A vida social dos cuidadores fica condicionada, e muitos deles sentem-se isolados e sós. A acumulação do desgaste mental, físico e social, pode esgotar os seus recursos, e alterar seriamente a qualidade de vida do cuidador, e consequentemente o bem-estar da pessoa dependente.

Este projeto, na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, surgiu da necessidade sentida em fazer uma intervenção na comunidade com a intenção de prestar cuidados na área da saúde mental. Atualmente não há investimento, nem recursos suficientes para prestar cuidados de saúde mental, na comunidade, havendo um aumento dessas necessidades de cuidados. As novas políticas de saúde têm objetivos prioritários para a saúde mental, e se houver uma aposta nos cuidados nesta área a consequência será ganhos em saúde para toda a comunidade.

2-CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Na área da saúde mental verificaram-se algumas modificações que se prendem com a evolução demográfica, epidemiológica, tendências políticas, sociais e económicas. Assim, torna-se também necessário e essencial que as intervenções, na saúde se adaptem às necessidades.

A elaboração deste projeto veio ao encontro das necessidades em cuidados de enfermagem, na área da saúde mental, na comunidade.

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.” (cit. por MCSP, 2009:3)

De acordo com o Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, que regulamenta os ACES, e especificamente no seu artigo nº11, foi definida esta unidade funcional, à qual compete prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. O Despacho nº 10143/2009 veio posteriormente aprovar o regulamento da organização e funcionamento das UCC. Assim, cabe à UCC dar resposta aos utentes de acordo com o diagnóstico de saúde da comunidade, intervindo em grupos vulneráveis e de risco, promovendo a saúde, prevenindo complicações, identificando situações de risco, reabilitando, entre outras.

A UCC assume uma vertente de extrema importância, na medida em que vai dar resposta a situações/ grupos inseridos na comunidade e que constituem uma franja mais desfavorável / vulnerável com necessidades de Saúde sociais e psicológicas.

Abrange todas as pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, residentes na área de intervenção da referida UCC.

3 -ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Antes de iniciar o enquadramento teórico, houve necessidade de compreender o seu significado.

3.1-ENQUADRAMENTO DISCIPLINAR

3.1.1-Papel de Transição dos Cuidadores Informais de pessoas com quadro de Demência segundo teoria das Transições de Meleis

O termo transição provém do latim *transitiōne* que significa mudança, passar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (cit. por Abreu, 2008).

“A transição é um conceito de extrema importância para a enfermagem. Num mundo instável e em mudança constante como aquele em que vivemos, como o envelhecimento da população, são as mudanças que ocorrem na vida das pessoas que estão a atrair a atenção dos profissionais, especialmente os enfermeiros, favorecendo o desenvolvimento de novas perspetivas, de reflexão e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais.” (cit. por Bidarra, 2011:142)

Ao longo da vida, os indivíduos podem alterar ou modificar as suas funções com diferentes eventos, como casamento, divórcio, gravidez, emprego e a doença. Para desempenhar novos papéis, o indivíduo deve experimentar uma transição de papéis.

O confronto entre a prestação dos cuidados em contexto domiciliário sob exclusiva responsabilidade do cuidador com o exercício de um papel para o qual se sente estar pobremente preparado desagua num sentimento inquietante a que O'Connell e Baker (2004) descrevem metaforicamente como a sensação de ser *“atirado ao mar e ter de aprender a nadar ou afogar-se.”* (cit. por Pereira, 2011:33)

A transição de papéis é o processo de aprendizagem de comportamentos necessários para exercer um novo papel de forma eficaz. Assim, pode dizer-se que a mudança é externa e a transição é interna, para a mudança funcionar, a transição tem de ocorrer e o ponto de partida para a transição.

“Neste entendimento de solidão, sensação de abandono, de confronto em primeira linha com a responsabilidade total e contínua por alguém anteriormente adulto autónomo, os cuidadores apontam para a necessidade de se sentirem competentes no cuidado que vão

prestar e que isso poderia acontecer se fossem observados no seu desempenho por profissionais de quem pudessem receber suporte e reforço (Brereton & Nolan, 2000; Cameron & Gignac, 2008).” (cit. por Pereira, 2011:38)

Quando o cuidador informal vivencia situações de stress e desequilíbrio no cuidar, necessita de adaptar-se, mobilizando os seus recursos para enfrentar os problemas, para resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer.

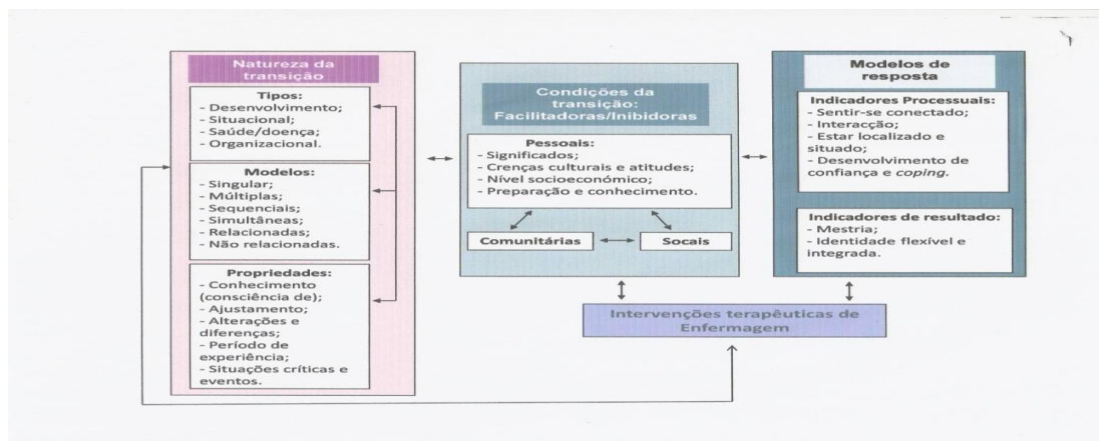
“Quando os indivíduos e famílias sofrem alterações devido à doença crónica, o funcionamento do sistema familiar pode ser perturbado, os papéis são frequentemente alterados e redefinidos em consequência da doença crónica.” (cit. por Meleis 2010:572)

“O papel do enfermeiro de Saúde Mental na Comunidade é tão diverso como complexo. O aumento da qualidade de vida, da adaptação às limitações e obtenção de autonomia do utente/família, nas mais diversas situações, exigem do enfermeiro grande capacidade de versatilidade, adaptação, assertividade, partilha, humildade e respeito pelo próximo.” (cit. por Bidarra, 2011:144)

A transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que enfrenta situações de transição e pode conduzir a um alcance de maior maturidade, mas também pode desencadear estabilidade, provocando consequências emocionais profundas. Se o indivíduo percecionar a situação da transição como uma possibilidade de perdas e ganhos, isto pode auxiliá-lo na adaptação a essa mesma situação.

A teoria das transições de Meleis serve de referência para compreender estes processos em relação aos cuidadores informais de utentes com quadro de demência.

Figura nº1 - Esquema da transição de Meleis



FONTE: AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: *Na Emerging Middle – Range Theory*. Advanced Nurse Science. 2000, 23 (1): 12-28.

“Na comunidade a enfermeira de saúde pode desempenhar um papel importante para ajudar as famílias a se adaptarem a estas mudanças. Este capítulo descreve o uso da suplementação de papel como uma intervenção de enfermagem para promover a efetiva adaptação, funcionamento e crescimento de uma família em que um membro tem a doença de Alzheimer.” (cit. por Meleis 2010:572)

A transição para o exercício do papel do cuidador é um processo complexo que envolve muitas variáveis de forma interativa, ou seja, com influência mútua, e consequentemente, com valores preditivos diferentes, em função do cuidador, da pessoa dependente e do contexto em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados.

Este é um pressuposto inicial na mobilização de recursos para a ação e à qual os profissionais devem prestar atenção. Existe um conjunto de fatores que Meleis e col.(2000) *“rotularam de propriedades e que são comunalidades referidas quando se vivenciam processos de transição. A primeira propriedade está relacionada com o grau de consciencialização.”* (cit. por Sequeira 2010: 166)

Por exemplo, a eficácia de transmissão de informação a um cuidador que não tem percepção sobre a necessidade do papel ou sobre o conteúdo do mesmo é muito reduzida. A consciencialização é fundamental para a verificação de uma outra propriedade que é o envolvimento. É possível que alguém tenha uma consciencialização adequada sobre a situação, mas não queira envolver-se. O processo inverso já é difícil, ou seja, não é expectável que alguém procure informação, apoio profissional, social, económico (critérios de envolvimento), se a pessoa não tiver consciência da necessidade de intervenção.

Segundo Meleis e col.(2000),*“Ainda existem fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores de um processo de transição eficaz, como, por exemplo, os conhecimentos e capacidade, o significado pessoal, as crenças e atitudes, o status socioeconómico, os recursos comunitários e sociais. Assim, os padrões de resposta, o sentir-se envolvido, a confiança e o coping, a interação a mestria, são indicadores de processo e de resultado relativamente à adaptação a uma transição.”* (cit. por Sequeira, 2010: 166)

Cada cuidador é único e tem as suas características, a sua identidade, seus ritmos, as suas vivências que vão influenciar na sua adaptação.

Segundo Sequeira (2010:166) *“Cada pessoa tem um reportório próprio que lhe possibilita reagir de forma diferente a situações similares. Contudo, é possível identificarem-se respostas típicas em função do estágio em que a pessoa se encontra, como: minimização/negação; depressão/indiferença; exploração de alternativas/procura de significado e aceitação/envolvimento.”*

Segundo (Meleis 2010:572), a facilidade desse processo é afetada pela congruência entre os papéis passados e futuros (Louis, 1980; Minkler & Biller, 1979) e a antecipação da alteração de função. A antecipação da mudança é ainda mais influenciada pelo grau individual de escolha em assumir o novo papel, experiência anterior em antecipar a mudança semelhante, e o grau de preparação para a nova função (Allen & van de Vliert, 1984).

“Os cuidadores que nunca tiveram perspectivas de cuidar de um familiar, para quem os seus objetivos de vida não passavam por dedicar parte da sua vida a cuidar de outro, tem dificuldade em assumir esse papel, no entanto os familiares cuidadores que foram cuidados, têm mais facilidade em se adaptar.” (cit. por Bidarra, 2011:142)

O processo depende mais da auto-redefinição de si como cuidador, e avaliação de si e das suas necessidades que se opõem à sua atenção e da obtenção, para si, de um nível de confiança que permita integrar o cuidado no contexto mais lato da vida sem se sentir permanentemente preso ao horário, ao espaço e à pessoa, dependente. Isto é, descentralizar sem sentimentos de culpabilidade.

“Nos processos de transição existe uma assunção central segundo a qual esta é marcada por um período conturbado ou caótico inicial e que, a redefinição do eu, face a novos papéis ou mudanças, é o que permite avaliar progressivamente a adaptação ao processo de transição (Bridges, 1986, 2001, 2003, 2004).” (cit. por Pereira, 2011:170)

Existem variáveis mediadoras da relação de prestação de cuidados, das dificuldades que o cuidador revela e as estratégias de coping que utiliza no âmbito do cuidar, conscientes de que estas são influenciadas pelo contexto do utente e pelo contexto do cuidador, mas que, por sua vez, também influenciam estes contextos.

Estas competências estão associadas a alguns requisitos dos cuidadores como:

“Iniciativa – Capacidade de iniciar uma ação, identificar a necessidade, selecionar a intervenção e implementá-la;

Responsabilidade – Assegurar a qualidade de ação (dependente do conhecimento);

Autonomia – Capacidade para implementar e avaliar as ações por si, de modo a requerer serviços de apoio formais de forma adequada.”Sequeira (2010: 166)

Segundo Pereira (2011:171), Bridge (1986, 2003, 2004) identificou que os indivíduos em processo de transição necessitam de percorrer três fases distintas que envolvem reconhecimento, transformação e reorientação interior: i) finalização (ending phase), ii) zona neutral (neutral zone phase) e iii) novos começos (new beginning phase). Assim:

- *“Finalização – é uma fase inicial, que se encontra relacionada com os sentimentos de perda e a necessidade de abandonar uma situação antiga ou uma anterior identidade: “perdemos ou deixamos ir a nossa anterior perspetiva, as nossas anteriores atitudes, os nossos anteriores valores, a nossa anterior autoimagem” (Bridges, 2001, p.5);*

- *“Zona neutral – período de tempo confuso entre o novo e o antigo: os indivíduos nem se encontram num desempenho de papel verdadeiramente novo, mas já não são atores no papel anterior: “recebemos sinais confusos da nossa forma de ser e alguns de uma forma de ser que ainda é pouco clara para nós” (Bridges, 2001, pp. 5-6). “Apesar de caótica, esta fase encerra, também, em si, um grande potencial criativo. Três dimensões essenciais se destacam: desorientação interior (entre uma orientação num papel que já não existe e outra que ainda não existe); a experiência de sentimentos de fim do mundo tal como anteriormente conhecido; e a emergência de um espaço neutral, que se torna imprescindível para a emergência de uma atitude de descoberta, com possibilidades criativas, liberto que se está das respostas convencionais que anteriormente se desenhavam” (Bridges, 1986, 2001);*

- *“Novos começos – assim como uma transição deve começar com um fim, deve terminar com um novo princípio e isso envolve o reconhecimento e consciência das duas fases anteriores. Quando fazemos isso, sentimos que estamos a iniciar um novo capítulo na vida. (...) Possuímos de novo a sensação de nós próprios, uma nova perspetiva, um novo sentido de determinação e possibilidade” (Bridges, 2001, p. 6).*

Segundo (Meleis 2010:572) Insuficiência do Papel ocorre quando um indivíduo tem expectativas pouco claras do conhecimento, atitudes, valores e habilidades essenciais para realizar um novo papel. Com este estado, o stress pode ocorrer manifestar-se no físico e/ou tensão psicológica, tais como dor, tristeza, impotência, depressão, ansiedade, retraimento,

apatia, frustração, tristeza, agressão a si ou aos outros, ou os sintomas da resposta fisiológica de stress (Allen & van de Vliert, 1984; Meleis, 1975).

A Suplementação de Papel é uma intervenção que pode ser usada para reduzir o stress e diminuir, atenuar ou evitar a insuficiência do papel. (cit. por Meleis 2010:572)

Suplementação do Papel foi definida por Meleis (1975) como *“a transmissão de informações ou experiência necessária para levar o papel histórico e outros significativos para a plena consciência de os padrões de comportamento esperado, as unidades, sentimentos, sensações e objetivos envolvidos em cada papel e seu complemento.”* (cit. por Meleis 2010:572)

“O objetivo da suplementação é atingir maestria no seu papel. Maestria torna-se aparente quando o individual e outras pessoas envolvidas atingir as expectativas mútuas e comportamentos.” (cit. por Meleis 2010:573)

Numa fase inicial da doença os cuidados que implicam supervisão com vigilância e atenção constantes, devido aos seus comportamentos desajustados e à alteração da memória, acarretam um grande desgaste físico e psicológico dos cuidadores. Com o desenvolvimento da demência, aumentam as necessidades e as dificuldades nas atividades de vida diária, dando lugar à substituição, e por fim o familiar com demência tende a ficar acamado e totalmente dependente, o que aumenta os cuidados prestados.

As estratégias de clarificação de papéis, o ensino, aconselhamento o papel e o grupo de referência, como a psicoeducação podem ser importantes para implementar a suplementação de papel e facilitar o papel.

A visita domiciliária permite aos familiares "experimentar" o seu novo papel e desenvolver sistemas de apoio alternativo no cuidar, de forma aumentar o controlo da situação através de ensinamentos, sobre as situações de crise, controlo de sintomas, embora sabendo que a ajuda estava disponível a qualquer momento entre as visitas através de contacto telefónico.

“Sensibilidade à disposição do cliente é um elemento chave no planeamento de intervenções específicas para o papel suplementação.” (cit. por Meleis 2010:573)

No entanto, nos cuidadores informais com utentes com demência, o cuidar por longos anos, as diversas adaptações que o cuidador tem que assumir, causam alguma dependência

emocional e psicológica. Quando a ausência do seu familiar passa a existir, têm que fazer mais uma adaptação, o que por vezes é mais difícil do que o início do cuidar.

As visitas aos cuidadores que perderam o seu familiar são importantes para ajudar nesse papel de transição, e por vezes ficam com rotinas e rituais difíceis de perder, sendo que alguns cuidadores descrevem alucinações auditivas como, chamar, toques e sons, e vão várias vezes ao quarto como era habitual.

“As transições decorrem, pois, de disrrupções na vida pessoal (forçadas ou escolhidas); envolvem o reconhecimento de mudanças face às situações anteriores e o reconhecimento da inadequação dos padrões habituais de comportamento. Implicam a incorporação de novo conhecimento ou mudanças da autodefinição num determinado contexto social (Bridges, 2004; Chick & Meleis, 1986; Kralik et al., 2006; Mu, 2004).” (cit. por Pereira, 2011:172)

Isto pode ser facilitador no processo de luto, contribuindo para um sentimento de utilidade e atenuação de uma eventual sensação de culpa, após a morte. Desta forma, poderão alcançar processos de transição saudáveis.

3.1.2-As Necessidades dos Cuidadores Informais de pessoas com quadro de demência segundo Virgínia Henderson

As necessidades dos cuidadores informais de pessoa com demência são esquecidas, quer pelos próprios, quer pela família ou pelos técnicos de saúde, que estão à sua volta. É importante a compreensão das necessidades do familiar cuidador, de forma a ajudar a reduzir a sobrecarga do cuidador.

Virgínia Henderson define “necessidade” como uma exigência mais do que uma carência, que tem o sentido de algo positivo.

A satisfação destas necessidades mantém a integridade da pessoa, mas cada indivíduo é um ser único e com inúmeras necessidades específicas.

Assim, de acordo com Lopes *“o grande objetivo dos cuidados de Enfermagem era agora a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões (bio-psico-social-cultural-espiritual). A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda da pessoa, tendo em conta a sua perceção e a sua globalidade”* (cit. por Lopes 2000:40).

O conceito de pessoa assume uma importância central. Esta é entendida como um ser em mudança desde a concepção até à morte. Toda a pessoa possui um conjunto de necessidades que estão hierarquizadas de acordo com o grau de importância para a sua sobrevivência. Só após a satisfação das necessidades mais básicas (respirar, comer, beber, eliminar), a pessoa estará capaz de se preocupar com outras necessidades também elas importantes, mas não vitais (amor e pertença, auto e heteroestima).

Postulados

Todo o ser humano deseja a independência e tende para ela.

- O indivíduo é um todo com necessidades fundamentais.
- Quando uma necessidade não está satisfeita o indivíduo não está completo, inteiro e independente.

Neste contexto, a pessoa desenvolve-se na tentativa de satisfazer as suas necessidades de modo autónomo. Necessitará de cuidados de Enfermagem, sempre que, por qualquer razão, não as consiga satisfazer.

Todas as necessidades contêm quatro componentes: fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. A realização das necessidades varia de pessoa para pessoa.

Virgínia Henderson considerou que o ser humano tem 14 Necessidades Humanas Básicas para satisfazer, que funcionam como o conceito integrador de todo o seu modelo.

Com base no estadio do quadro demencial e no grau de dependência do familiar, estes são influenciados pela idade, back-ground cultural, equilíbrio emocional e capacidade física e intelectual. Todos eles devem ser levados em conta, na avaliação realizada acerca das necessidades do cuidador informal.

Para que se possa ajudar o familiar a desenvolver as suas capacidades, devemos ser capazes de nos colocarmos no lugar deste. Ter capacidade, requer atenção, escuta, observação e interpretação dos comportamentos do utente.

O foco dos cuidados é a pessoa que necessita de ajuda, nas atividades essenciais, para que mantenha a saúde, recupere-a ou alcance uma morte calma.

Para Virgínia Henderson o diagnóstico de enfermagem consiste na identificação das capacidades do indivíduo, no sentido da satisfação das suas Necessidades Humanas

Básicas, com ou sem a sua participação. Na identificação destas necessidades são tidas em conta a motivação e os conhecimentos do utente sobre a sua situação.

Perante a definição de Enfermagem e as 14 Necessidades Humanas Básicas, salienta-se, a autonomia do enfermeiro na equipa multidisciplinar. Para Virgínia Henderson a satisfação das Necessidades Humanas Básicas promove a relação de ajuda enfermeiro/doente. Devemos substituir o utente quando este não possui o conhecimento, a força ou a vontade para promover a sua saúde.

Após a realização do diagnóstico de enfermagem, que permite a identificação dos problemas, ou seja, as necessidades específicas que necessitam ser satisfeitas, será elaborado um plano de ação. Neste são incluídas as intervenções adequadas às necessidades do indivíduo. Essas intervenções devem ser reformuladas sempre que necessário e elaboradas para que outros elementos da equipa de saúde, possam dar continuidade às intervenções planeadas.

Sintetizando, podemos salientar que para Virginia Henderson todas as necessidades estão inter-relacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma destas necessidades, diferente de CI para CI. Todas têm um componente bio-psico-sócio-cultural. Considerar uma só necessidade é negar o todo que constitui o ser humano.

A teoria das necessidades humanas básicas de Maslow, teoria que pressupõe, que as necessidades humanas se encontram hierarquizadas, de acordo, com o seu grau de importância. As necessidades fisiológicas, de segurança e de proteção são necessidades primárias, seguindo-se as necessidades de afeto e pertença, de autoestima e de autorrealização, que constituem as necessidades secundárias.

Muitas vezes, as necessidades pessoais dos CI são postas, por estes, em segundo plano. É necessário que se esteja atento, de forma a chamar a atenção para a necessidade de satisfação destas mesmas necessidades, correndo-se o risco dos próprios entrarem em rutura ou em desgaste prematuro.

“Na sua raiz comum - do cuidado, da necessidade e do agir - tal como que a marca das antíteses entre as quais o homem se revela na sua humanidade: a vida e a morte, as capacidades e as necessidades, a angústia e a tristeza, a satisfação e a decepção, o sofrimento e o prazer, a sensibilidade e a atividade, a liberdade e a necessidade.” Bernard (2004: 65)

É fundamental uma relação de ajuda com os CI , de forma a reconhecer e valorizar os seus sentimentos, uma vez que tendem a viver momentos de medo, ansiedade, frustração e eventualmente depressão, originados em muito, por situações ambientais, que terá certamente influência sobre o próprio familiar.

A comunicação é uma troca de ideias, sentimentos ou experiências, entre os vários indivíduos, que conhecem o significado do que se diz, pelo que, faz parte integrante da prática de enfermagem. Possibilita desta forma a satisfação das necessidades do CI.

“Nesta procura de satisfação das suas necessidades a pessoa vive inevitavelmente tensões oriundas de frustrações, de conflitos e de ameaças mais ou menos importantes. Estas dificuldades resultam da própria pessoa ou do ambiente humano ou físico em que vive Collette, (1979). Estes agentes stressores têm repercussões sobre a pessoa na sua globalidade. Múltiplos estudos, nomeadamente de Selye (1975), Billings & Moos (1982), Pelletier(1984),Sirim(1983), Cohen,Kessler & Gordon (1995) e Lazarus & Folkman (1984) descrevem os efeitos fisiológicos, cognitivos, emocionais e sociais a estes agentes e que serão diversos, em função da percepção que a pessoa tem deles, da significação que lhes atribui e da representação que possui da sua competência para interagir com eles.” (cit. por Chalifour, 2008:17)

O CI é um ser único, deve-se demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial.

Segundo Chalifour (2008:18) quando uma pessoa necessita de ajuda, estes processos deixam de funcionar de um modo harmonioso e não se consegue fazer escolhas satisfatórias para si próprio. Dito de outro modo, a pessoa é suscetível de sentir uma necessidade de ajuda quando uma ou várias das seguintes condições estão presentes:

- “-possui um conhecimento de si deficitário ou erróneo;*
- possui um conhecimento insuficiente ou erróneo do seu ambiente;*
- apresenta um défice de atenção relativamente às informações que continuamente capta através dos seus sentidos internos ou externos;*
- recusa em acolher favoravelmente a informação transmitida pelo seu organismo;*
- interpreta incorretamente os dados que provêm do seu organismo e do seu ambiente, por défice de conhecimentos, de julgamento, de capacidades intelectuais ou ainda, porque interpreta à luz de experiencia passadas que não têm relação com a situação atual;*

-é invadida por certas emoções que afetam (medo, ira, ansiedade, culpabilidade, receio, etc.);

-é incapaz de reconhecer uma necessidade, um gosto, uma preferência, um desejo de modo suficientemente marcado, para mobilizar as energias no sentido de uma ação concreta;

-manifesta dificuldade em fazer uma síntese dos dados e de fazer as escolhas necessárias;

-não é capaz de agir por falta de competências, por falta de confiança nos seus recursos ou por falta de coragem perante os riscos que corre.”

Os CI necessitam de alguém para estabelecer com eles uma relação de ajuda, para que a família possa ter condições para satisfazer as suas necessidades. Para que esta relação de ajuda e confiança se desenvolva deve-se investir nela, o que implica a utilização dos seus sentidos, um saber fazer para comunicar e disponibilidade intelectual e afetiva para compreender e intervir em função de uma necessidade de ajuda identificada.

Segundo Chalifour (2008:79) no agrupamento das necessidades, de um modo geral, admite-se que a pessoa manifesta um determinado número de necessidades. No entanto, os autores, não são consensuais relativamente à forma de as agrupar e à sua importância como fonte de motivação. Assim, para explicar os comportamentos relacionados com os aspetos psicossociais, alguns teóricos enfatizam uma categoria específica de necessidades.

Características gerais das necessidades Chalifour (2008:79):

“Abraham Maslow atribui às necessidades características particulares:

- A necessidade de base ou instintiva apresenta certas particularidades:

- *A sua insatisfação provoca a doença;*
- *A sua satisfação previne a doença;*
- *A satisfação após a privação cura a doença;*
- *Em certas situações de livre escolha, a pessoa prefere satisfazer esta necessidade privando-se de outras coisas;*
- *Numa pessoa saudável, a necessidade não se manifesta ou manifesta-se de uma forma muito discreta;*
- *O organismo tenta manter o seu equilíbrio interno;*
- *Se o organismo carece de determinadas substâncias químicas, o indivíduo manifesta (de uma maneira ordinária) um apetite particular por alimentos que as contenham. Esta observação parece aplicar-se ao conjunto das necessidades;*
- *A pessoa procura constantemente o prazer e tenta evitar o desprazer. O estado de tensão provocado pela não satisfação de uma necessidade é desagradável, e a pessoa tenta reduzir esse desconforto satisfazendo a necessidade;*
- *Certas necessidades podem ser conscientes e outras, inconscientes;*

● *Quando se está prestes a satisfazer uma necessidade, uma nova necessidade emerge progressivamente;*

● *Teoricamente, uma pessoa poderia, através de um mesmo comportamento, responder a várias necessidades de diferentes categorias. No mesmo sentido, todas as necessidades que pertencem a uma categoria não têm obrigatoriamente de ser satisfeitas antes das necessidades de outras categorias.”*

Segundo as categorias de necessidades Chalifour (2008:80), e de acordo com Maslow existem dois grupos de necessidades estão presentes no ser humano. As primeiras manifestam-se por deficiência, as segundas emergem quando as primeiras estão relativamente satisfeitas, tratam-se das “meta - necessidades”.

As necessidades fisiológicas: *“Entre as necessidades fisiológicas, algumas conseguem ser identificadas facilmente (o sono, a sede ou a fome), enquanto outras são menos óbvias (gostar, sentir, ser acarinhado) ”.* (cit. por Chalifour, 2008:81)

A necessidade de segurança: *“Se as necessidades fisiológicas estão relativamente satisfeitas, aparece um outro tipo de necessidade, que designamos de “necessidade de segurança” (estabilidade, dependência, proteção, ausência de medo, de ansiedade e de caos, estrutura, ordem, leis, etc.)”* (cit. por Chalifour, 2008:82)

A necessidade de amor e pertença: *“Quando as necessidades fisiológicas e de segurança estão satisfeitas, emerge a necessidade de amor e pertença. A pessoa sente intensamente a falta de amigos, de um namorado, de um cônjuge ou de um filho. Está ávida de afeto, anseia encontrar o seu lugar num grupo, constituir família. Investe energias para satisfazer esta necessidade.”* (cit. por Chalifour, 2008:82)

A necessidade de estima: *“Cada pessoa tem grande necessidade de consideração por parte dos seus semelhantes, uma grande necessidade de respeito e de estima. Estas necessidades dividem-se em dois grupos:*

-desejo de domínio, isto é, de se sentir competente, soberano do seu ambiente, confiante no universo, independente e livre;

-o desejo de reputação, que se manifesta através do prestígio, do estatuto social, da glória, do domínio, do reconhecimento, do recebimento de atenção, de se sentir importante e apreciado”. (cit. por Chalifour, 2008:82)

A satisfação da necessidade de estima desencadeia sentimentos no CI de autoconfiança, de domínio, de capacidade e de utilidade.

A necessidade de autoatualização: *“Se todas as necessidades fisiológicas, de segurança, de amor e de estima, estão satisfeitas, a pessoa poderá realizar-se no sentido da sua natureza. Terá a possibilidade de se tornar naquilo que é intrinsecamente, uma realidade que varia segundo a pessoa.”* (cit. por Chalifour, 2008:83)

Quando as necessidades dos cuidadores ficam por satisfazer surgem as doenças e os desequilíbrios. Há que promover e quando necessário reabilitar os cuidadores informais.

“A avaliação das necessidades dos cuidadores é crucial no planeamento, monitorização e avaliação de serviços de psiquiatria e saúde mental, bem como na investigação e na clínica. Este princípio é obviamente aplicável aos serviços responsáveis por populações de pessoas mais velhas.” (cit. por Bidarra, 2009:199)

Entretanto, para avaliação de necessidades de cuidados em psicogeriatrica, surgiram instrumentos como o *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* – CANE, com tradução portuguesa. Reconhecendo a perspectiva dos cuidadores informais na avaliação das necessidades dos idosos de quem cuidam, o CANE inclui itens específicos para necessidades desses cuidadores (informação sobre a doença; sofrimento psicológico). (cit. por Sampaio, 2011:3)

Segundo Bidarra, (2009:204) num estudo de caso realizado com aplicação da escala de CANE aos cuidadores informais, verificou-se que há Necessidade de suporte psicológico, Necessidade de contactos sociais e Necessidade de promoção de saúde.

Segundo Sampaio, (2011:3) -Em amostras portuguesas (cuidados secundários de saúde), estas necessidades não cobertas podem ser consideráveis: na perspectiva do avaliador, foram avaliadas em 9,4 % dos casos quanto a informação e em 26,4 % quanto a sofrimento psicológico (n = 53) 15, ou 13,8 % dos casos quanto a informação e 14,7 % quanto a sofrimento psicológico (n = 116) 14. Estes resultados estão em consonância com estudos internacionais: havendo necessidades não cobertas relacionadas com o sofrimento dos cuidadores, o acesso a informação é também frequentemente inadequado.

3.2-FAMÍLIA

O significado de família tem evoluído ao longo dos tempos, como tal, cada indivíduo ou grupo associa diferentes imagens à palavra família. As definições têm por base diferentes aspetos relacionados com o paradigma da respetiva área. O legal, define família como relações que se estabelecem por laços de sangue, tutela, adoção ou casamento, o biológico,

como redes genéticas biológicas entre as pessoas, o sociológico, como um grupo de indivíduos que vivem juntos e o psicológico como grupos com fortes laços emocionais.

Assim, entende-se por família como um agregado de seres humanos que se encara enquanto unidade social, ou um todo coletivo integrado por membros que estão ligados por:

1. *“Sistema de membros interdependentes que possuem dois atributos: a comunidade dentro da família e a interação com outros membros”* Janosik e Green, (1992) (cit. por Stanhope 1999:492);
2. *“Grupo social único ligado por laços de geração, emoções, preocupações, estabelecimento de metas, orientação altruísta e uma forma própria de organização”* Bentler et al., (1989) (cit. por Stanhope 1999:492);
3. *“Duas ou mais pessoas unidas por laços de proximidade emocional e partilha mútua e que se identificam como família”* Friedman, (1992) (cit. por Stanhope 1999:492);
4. *“Grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção e que residem juntas na mesma casa”* National Center for Health Statistics, (1990) (cit. por Stanhope 1999:492);

Cada membro da família ocupa um determinado papel ou estatuto dentro da mesma, como por exemplo: marido, mulher, filho ou irmã. Ocupa igualmente várias posições em simultâneo (marido, trabalhador, avô, etc.). Os indivíduos são orientados por papéis que são: *“as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social”* Duvall e Miller, (1985) (cit. por Stanhope 1999:502).

Os indivíduos adquirem conhecimentos, desenvolvem habilidades, atitudes e competência para funcionar numa dada posição ao longo do processo de socialização.

Duas pessoas que ocupem a mesma posição não irão desempenhar os seus papéis exatamente da mesma forma, embora as expectativas sociais lhe atribuam semelhanças. O âmbito do desempenho para, ou o conflito gerado por um papel, é afetado pelo processo de socialização.

Segundo Stanhope (1999:502) além das expectativas sociais sobre o comportamento dos membros da família, cada família tem também expectativas. Estas podem ou não ser

congruentes com as da sociedade. Cada família tem tendência a alterar os papéis familiares e os comportamentos esperados de um papel, tendo em conta a estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar.

Todas as famílias têm funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e responder às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade.

Desta forma, será no seio da sua família que cada pessoa receberá as condições ideais para se sentir bem e ser cuidada. De salientar, que qualquer pessoa que vive em família é influenciado pelo comportamento dos outros, visto serem um grupo de pessoas relacionadas entre si, de tal forma que qualquer que seja a alteração que surge num dos seus elementos, provoca o surgimento de modificações nos restantes.

Para além das funções já descritas, uma função básica da família é a de proteger a saúde dos seus membros e dar apoio e resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença.

A família é um sistema social primário dentro do qual o utente se desenvolve, é cuidado, torna-se apto para o convívio social e onde o crescimento físico e pessoal é promovido. É dentro do grupo familiar que os seus elementos desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde.

Apoiar a família na sua habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com a saúde, contribui para que a família assuma essas responsabilidades. É através da ajuda que a família reforça os seus recursos e intervém mais diretamente, quando necessário, tendo em conta a situação familiar.

3.3-CUIDADOR INFORMAL

De acordo com a contextualização teórica de Braithwaite, (cit. por Martins, 2003), define-se familiar cuidador a pessoa ligada por um grau de parentesco (esposo/esposa, irmão/irmã, filho/filha, genro/nora, neto/neta, avô/avó, tio/tia, sobrinho/sobrinha), não remunerada, que assume o papel principal na assistência, na prestação de cuidados e que tenha contacto com o utente alvo de cuidados.

«Cuidador», a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar

as atividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de auto cuidado da pessoa que cuida; *Diário da República, 1.ª série — N.º 29 — 10 de fevereiro de 2011*

A aplicação do termo ‘cuidador’ assume atualmente duas variantes: cuidador formal ou informal. Assim, no contexto da prestação de cuidados ao utente dependente em ambiente domiciliário, pode revelar-se de duas formas: cuidados formais (aqueles que são prestados por profissionais da saúde), ou informais (prestados pela vertente familiar, amigos ou vizinhos).

A palavra “cuidar” tem origem no latim *cogitare* – “pensar” – definindo-se como “*aplicar a atenção a*”, “*tratar*”, “*interessar-se por*”, é algo que envolve múltiplos sentidos, desenvolvendo um pensamento atento, refletido e meditativo.

Na atualidade, os cuidadores informais aumentam na justa proporção em que se assiste:”i) *ao envelhecimento da população, fruto de um contínuo aumento da esperança de vida; ii) à complexificação do contexto social caracterizado por alterações nas estruturas familiares, pelo ingresso massivo das mulheres no mundo do trabalho, ou ainda, pelo progressivo aumento da idade de acesso à reforma; iii) à alteração das políticas sociais que apelam à permanência de idosos e dependentes nos seus ambientes familiares; iv) às novas políticas de saúde com valorização dos tratamentos ambulatoriais e diminuição dos tempos de demora média de internamento* (García, 2010; Gil, 2010; Karsch, 2003; Lage, 2005; Sequeira, 2010, entre muitos outros autores).” (cit. por Pereira, 2011: 4)

“O desenvolvimento do papel de cuidador deve ser acompanhado, a par e passo, com formas de proteção e promoção da qualidade de vida dos próprios cuidadores (Bocchi, 2003; Levine, 2004a; Levine & Murray 2007); os profissionais do campo da saúde/social devem prestar especial atenção à avaliação das necessidades e ao suporte que os cuidadores necessitam e fazê-lo nos tempos adequados (Bocchi, 2004; Cameron & Gignac, 2008; Chapell, Reid & Dow, 2001; Levine, 2004a; O’Connell & Baker, 2004).” (cit. por Pereira, 2011: 5)

“O envolvimento da família no projeto terapêutico do utente, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da família para o cuidar para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados ao utente” (...) “O envolvimento da família constituiu o primeiro elo de uma cadeia que

aos poucos se foi alargando aos outros parceiros dos cuidados, nomeadamente, àqueles a quem cabe assegurar os cuidados de enfermagem no domicílio.” Moreira (cit. por Carvalho 2002:13).

Por este motivo, é essencial que se dê resposta não só às necessidades do utente, mas também às da família, ou pessoa significativa, no sentido de transmitir o apoio necessário, para estes terem confiança e segurança, no cuidar do elemento doente.

Perante uma doença de um dos elementos da família, a reestruturação de papéis e a adaptação a esta nova situação, nem sempre é fácil, pois muitas vezes as pessoas não se encontram preparadas para lidar com as alterações decorrentes da mesma. De facto, apesar do cuidado prestado a um familiar no domicílio acarretar inúmeras dificuldades, a família é cada vez mais chamada a desempenhar esta função.

Quando a doença surge, o equilíbrio fica de certo modo comprometido, assim como o meio familiar. O grau de desequilíbrio depende de certo modo do papel que a pessoa doente desempenha na família. Com a doença de um dos seus membros, a família e/ou o familiar cuidador terão que se adaptar a uma série de novos papéis, precisando de se ajustar primeiro à doença e posteriormente à recuperação da saúde.

“Quanto ao grau de compromisso e responsabilidade na prestação de cuidados habitualmente encontra-se uma tipologia assente em três categorias: i) o cuidador primário ou principal – que detém a responsabilidade integral no fornecimento de ajuda à pessoa dependente (quer seja na prestação direta, na supervisão ou na orientação); ii) o cuidador secundário – que fornece assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade direta sobre o cuidar, e, ainda iii) o cuidador terciário – alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência (Crespo-López & López-Martínez, 2007; Pereira & Filgueiras, 2009; Sequeira, 2010).” (cit. por Pereira, 2011:16)

“Prestar cuidados a familiares dependentes, cuja dependência pode ser física ou mental, é desgastante e pode alterar a saúde dos cuidadores, que sofrem mais frequentemente do que as outras pessoas da sua idade, de depressão ou de outras perturbações emocionais.” (cit. por Bidarra, 2009:199)

3.4-SOBRECARGA DO CUIDADOR

O conceito de sobrecarga emergiu nos anos 60 devido aos efeitos que se observavam nas famílias cuidadoras de doentes do foro psiquiátrico, resultante de um programa comunitário de apoio, desenvolvido na Grã-Bretanha.

Nos anos 70 foi diagnosticado um importante fator influenciador da qualidade de vida dos cuidadores de utentes com demência a viverem na comunidade, situação que conduziu ao desenvolvimento de diversos instrumentos de avaliação e introduzido o conceito de sobrecarga.

“O conceito de sobrecarga surge associado ao estudo de pessoas sujeitas a fontes de stresse prolongado (Crespo-López & López-Martínez, 2007).” (cit. por Pereira, 2011:20)

A doença de um elemento da família obriga a que os seus membros alterem de algum modo as rotinas e os estilos de vida a que estão habituados, os quais se podem agravar quando ocorre uma fase aguda ou hospitalização o que provoca dúvidas e incertezas.

“O processo de doença afeta o indivíduo na sua dimensão holista. No entanto, para além das implicações individuais acarreta instabilidade à célula familiar. A homeostasia familiar sofre uma rutura perante a doença de um dos seus membros o que implica mudança em todo o sistema, levando muitas vezes a uma situação de crise”. (...) As famílias com fracas fontes de suporte são mais vulneráveis à crise e consequentemente mais suscetíveis à rutura”. (cit. por Carvalho 2002:41).

Neste processo dinâmico, a doença de um dos membros vai converter-se na doença familiar, o que na opinião de Sorensan e Luckman (1998) desencadeia sentimentos de depressão, ansiedade, frustração e exaustão. Perfilhando desta opinião, Moreira (2001) refere que os cuidadores informais encontram-se sujeitos a sentimentos de isolamento social, privação do descanso, redução do rendimento económico, conflitos familiares, perdas de paciência, cansaço, angústia e irritabilidade, conduzindo ao impedimento de exercer a sua atividade laboral.

Assim sendo, confrontada com a doença de um dos seus membros, a família é sujeita a sentimentos de ansiedade, stress, angústia devido à ameaça sentida, desconhecimento da evolução e das necessidades de mudança. *“Atendendo a que frequentemente muitas são as necessidades do idoso, podendo ir desde a simples supervisão diária até à higiene completa, alimentação, mobilização apoio financeiro, não será de descurar o desgaste*

físico e, psicológico, dos familiares cuidadores, conducente a situações em que surgem sentimentos contraditórios, por falta de liberdade e tempo para si, por dificuldade em conciliar estatutos e carreiras profissionais e por exaustão completa. A sobrecarga resulta muitas vezes numa necessidade de apoio físico e emocional por parte de quem, cuida, o que nem sempre é identificado atempadamente.” (cit. por Carvalho 2002:51).

Segundo o conceito de sistema familiar, qualquer doença que afeta um membro da família, de alguma forma, por extensão afeta os demais membros. Dependendo das circunstâncias, a família pode precisar de adaptar e reorganizar o seu modo de viver.

A forma como os familiares respondem às alterações impostas pela doença, está relacionada com a própria natureza da doença, com a época em que a doença atinge o indivíduo, com o estado do desenvolvimento e nível funcional da família.

Podem surgir várias reações face à doença:

- Quando a família se adapta às alterações impostas pela doença pode verificar-se a absorção do impacto, que por sua vez diminui a gravidade da doença e ajuda a pessoa doente a enfrentar as mudanças no estilo de vida bem como as restrições impostas pelo tratamento.

- Quando a família é incapaz de se adaptar, pode existir uma confusão de papéis, conflitos e sentimentos de isolamento que compromete significativamente os esforços e tentativas de ajuda.

A doença, qualquer que seja a sua natureza, é vivenciada pela pessoa, como uma agressão, conduzindo muitas vezes a uma incapacidade do indivíduo, que se repercute no contexto familiar, sendo a família confrontada com novas exigências para as quais não está preparada.

Nesta dualidade de papéis, a família deverá estar preparada para ser entendida como parceiro do cuidar, onde tem papel ativo na prestação de cuidados ao utente.

Segundo Moreira (2001) (cit. por Carvalho 2002:108), *“A família tem necessidade de apoio emocional, e essencialmente de ser escutada, facilitando a expressão dos seus sentimentos e do seu cansaço, sendo simultaneamente informada relativamente aos cuidados a prestar e às reações o doente.”*

Os cuidados de enfermagem inscrevem-se numa ação interpessoal e compreendem tudo o que os enfermeiros fazem, dentro das suas competências. Isto conduz-nos à importância fundamental da relação entre o prestador de cuidados e o utente ou família. *Assim sendo, “... o apoio a prestar, a estas famílias, passa pelo desenvolvimento, de uma relação de parceria com cada familiar, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores e prioridades e de uma nova atitude dos profissionais que cuidam e tratam do indivíduo utente.”* Santos (2002) (cit. por Carvalho 2002:26).

É necessário que os cuidadores recebam o apoio necessário, para que possam ultrapassar as dificuldades e todas as situações complexas que vivenciam. Só com o devido apoio se conseguirá evitar complicações e manter a saúde física e mental de quem cuida.

“Os investigadores descobriram que os cuidadores que receberam uma intervenção com o reenquadramento cognitivo apresentaram menos sintomas de ansiedade e depressão e sentiram-se menos estressados ou com sofrimento relacionado com o cuidado do outro, a pesquisa foi baseada em evidências de ensaios clínicos randomizados envolvendo cuidadores de familiares com demência, mas em nenhum momento o estudo foi focado exclusivamente na reformulação cognitiva, mas no reenquadramento cognitivo como o principal componente na sua intervenção.” (cit. por Nauert, 2011)

É fundamental existirem apoios a nível da comunidade, nomeadamente, por parte dos profissionais de saúde e da área social, no sentido de os acompanhar, fornecendo-lhes o suporte necessário, de modo a que eles se mantenham saudáveis e possam cooperar no processo de cuidar do seu familiar.

A família deve constituir cada vez mais como o foco dos cuidados de enfermagem. Para tal, é necessário desenvolver um conhecimento acerca da mesma, relativamente à sua estrutura, dinâmica familiar e contexto/ambiente envolvente, com o objetivo de proporcionar cuidados de enfermagem mais adequados às características e necessidades psico-biossocio-culturais da família.

“As famílias e em particular os familiares cuidadores veem-se confrontadas perante tal facto, e pelas repercussões decorrentes, convergentes para a sua esfera psicológica, física e social muitas vezes com efeitos negativos, condicionando a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida”. (cit. por Bidarra, 2009:208)

Assumir a responsabilidade pelo cuidar de alguém traduz-se num evento significativo e com múltiplas repercussões, pela dimensão física que implica, pela duração prolongada no tempo em que habitualmente decorre, pela possibilidade de diminuição dos contactos sociais, pela alteração dos relacionamentos ou pela necessidade de reorganização da vida pessoal.

“Ficou amplamente documentado que a responsabilidade de cuidar de alguém se encontra fortemente relacionada com a possibilidade de diversos tipos de sobrecarga (burden) para o cuidador: sobrecarga física; sobrecarga emocional; sobrecarga social e familiar; sobrecarga financeira (Crespo-López & López-Martínez, 2007; Marques, 2007). Relacionava-se o cuidar de alguém com repercussões negativas e como algo ameaçador para a saúde física e mental do cuidador (Carretero et al., 2009).” (cit. por Pereira, 2011:20)

Contudo, ao CI, no cumprimento do seu papel é confrontado com situações que implicam alterações do seu bem-estar e por vezes do seu desempenho. Essas alterações podem ter reflexos físicos, psicológicos e sociais, havendo necessidade deste se adaptar à nova situação, de forma a minimizar as repercussões e atuar sobre o problema. Porém, o cuidar pode ser gerador de situações, que pela sua natureza, ultrapassam a capacidade do cuidador no momento e no contexto para adaptar-se a comportamentos que lhe permitam minimizar o problema ou resolvê-lo.

“As repercussões positivas ou ganhos do cuidar podem decorrer de diferentes tipos de satisfações obtidas a diferentes níveis: i) satisfações decorrentes da dinâmica interpessoal – como o reforço dos laços com a pessoa dependente ou outros familiares, sentir que o familiar é tratado com dignidade, sentir-se reconhecido pela família; ii) satisfações decorrentes da dinâmica intrapessoal – como a capacidade de resolver problemas, o reforço da autoestima, a possibilidade de ajudar ou retribuir a um familiar, a diminuição de possíveis sentimentos de culpa; iii) satisfações decorrentes das consequências – que podem passar pela recompensa económica direta ou indireta, atual ou futura (Brito, 2002; Cangelosi, 2009; Crespo-López & López-Martínez, 2007; Donellan et al., 2002; Figueiredo, 2007, García, 2010; Sousa et al., 2004).” (cit. por Pereira, 2011:23)

O desempenho do papel de cuidador do seu familiar com demência, integra um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes da relação afetiva que se estabelece entre ambos.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os utentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade.

A perda e o sentimento de perda de um estilo de vida (familiar, social, de lazer) pelo impacto da natureza contínua do cuidado exigem uma avaliação ponderada das diferentes necessidades em confronto. Os ajustamentos aí conseguidos, se fortemente impregnados de sentimentos de culpa e ambiguidade, são indicadores da necessidade de continuar a desenvolver o papel de cuidador à procura de um ponto de equilíbrio mais satisfatório.

“Cuidar do familiar cuidador é atualmente um dos grandes desafios, pois só assim o cuidador, na ausência do enfermeiro, pode manter bons cuidados ao familiar. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de perturbações merece por parte dos enfermeiros uma especial atenção, pois deles dependem os familiares doentes ao seu cuidado, bem como a sua permanência na comunidade.” (cit. por Bidarra, 2009:199)

3.5-CUIDADOS AO UTENTE COM QUADRO DE DEMÊNCIA

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade.

Demência

O termo demência abrange um largo número de perturbações caracterizadas por défices cognitivos globais, incluindo a debilidade da memória recente, e um ou mais das seguintes perturbações: afasia, apraxia, agnosia, e distúrbios do funcionamento operatório.

Segundo Sequeira (2010:03) em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando atualmente cerca de 16,7% da população total. De acordo com as projeções atuais, dentro de 50 anos (2050), este grupo populacional representará uma proporção de 32% da população do país (INE 2002).

“A demência é uma síndrome clínica caracterizada por uma acumulação de sintomas e sinais manifestados por dificuldades na memória, perturbações na linguagem, alterações psicológicas e psiquiátricas, e dificuldades nas atividades da vida diária.” (cit. por Alistair 2011:3)

Para o DSM-IV existem dois grandes tipos de demências: a demência de alzheimer e a demência vascular. No entanto a demência pode ser secundária a: a) HIV, b) Trauma de crânio, c) doença de Parkinson, d) doença de Huntington, e) doença de Pick, f) doença de Creutzfeldt-Jakob e g) indução por substância.

O alongar da esperança média de vida nas últimas décadas contribuiu para o aumento da sua prevalência, *“ rondando os 5,4 %, após os 60 anos, na Europa ocidental. Há, atualmente, mais de 6 milhões de pessoas com demência na União Europeia e 24 milhões no mundo, a maioria com doença de Alzheimer 1,2. Em Portugal, foram publicados recentemente os resultados de um estudo epidemiológico no Norte do país, apontando para uma prevalência de demência de 2,7 % (IC 95 %:1,9-3,8 %) entre os 55 e os 79 anos”*. (cit. por Sampaio, 2011:3)

“No Censo Psiquiátrico de 2001, considerando episódios de consulta, urgência e internamento, registou-se proporção assinalável de casos de pessoas com mais de 64 anos (n = 2968; 17,9 % do total), sendo as síndromes demenciais o segundo diagnóstico mais frequente (525; 17,7 %), após a esquizofrenia (718; 24,2 %), e seguido das depressões (414; 13,9 %).” (cit. por Sampaio, 2011:3)

Segundo Alzheimer Portugal (2009) os dados agora revelados demonstram a urgência de incluir a Demência nas prioridades de saúde pública e de política social. As 153 000 pessoas com Demência referidas neste relatório, para Portugal, podem representar um universo de 90 000 pessoas com Doença de Alzheimer, número que se prevê poder duplicar nos próximos 30 anos. Se tivermos em conta que esta doença não afeta apenas próprio, mas também a família, entenderemos a dimensão do número. É rara a família ou a pessoa que não tenha ainda tido contacto esta Doença.

“A demência constitui um dos maiores problemas da população idosa da Europa.” Cerca de 6% a 8% das pessoas com mais de 65 anos sofrem da doença de Alzheimer e a sua prevalência duplica de cinco em cinco anos, após os 60 anos, atingindo cerca de 39% das pessoas com mais de 90anos. (Leitão, 1999; Nunes, 2005).” (cit. por Sequeira 2010:90)

De acordo com Alistair (2011:3) *“A demência constitui uma das causas principais de incapacidade numa fase tardia da vida; em termos de problema global da doença, contribui para 11,2% dos anos vividos com incapacidade – superior ao AVC (9,5%), perturbações músculo-esqueléticas (8,9%), cardiopatia (5%) e cancro (2,4%)”*.

As previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais no futuro. O envelhecimento da população tem levado a um aumento da frequência de quadros demenciais e da consequente procura de cuidados especializados. (cit. por CNRSSM 2007:12)

Demência de Alzheimer

As alterações não cognitivas ou comportamentais associadas à doença de Alzheimer incluem delírios, alucinações, alterações do humor, alterações sexuais, do apetite e do sono e distúrbios psicomotores.

Segundo Sequeira (2010:101), *“No seu conceito, está implícita uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, suficientemente grave para ter repercussões na vida profissional, social e familiar do indivíduo. Tem um carácter degenerativo, associado a um processo orgânico, com início num momento indeterminado da vida adulta, que se desorganiza progressivamente e em seguida destrói as redes neuronais que sustentam as diferentes modalidades cognitivas (Barreto, 2005).”*

Os delírios (“esta casa não é a minha casa”) ocorrem em metade destes utentes, geralmente no período médio da doença, sendo raros nos estádios finais.

As alucinações, principalmente visuais, aparecem em 25-30% dos casos. Em 30 a 50% dos casos nos estádios iniciais da doença pode existir alterações depressivas por vezes confundíveis com uma síndrome distímico, mas dificilmente reúne critérios para depressão major.

Existem também alterações da personalidade como apatia e indiferença e desinibição (atividade sexual).

Segundo Sequeira (2010:159), o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta atividade. Cuidar não é apenas mais um função ou uma tarefa, mas sim uma forma de “estar no mundo”, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade. Assim, o cuidar está presente em todas as culturas e apenas difere na sua forma de expressão e de realização (INSERSO, 1995)

A função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família em contexto domiciliário.

Diagnóstico e Tratamento dos utentes com Demência

Diagnóstico

Como o envelhecimento traz um declínio normal nas funções cognitivas específicas como a memória, distinguir entre a perda devido ao envelhecimento ou a um processo patológico como a demência, pode ser difícil, especialmente nas etapas iniciais da mesma. Com um diagnóstico preciso, podem identificar-se as causas reversíveis, prescrever um regime psicoterapêutico com uma maior certeza e fornecer aos utentes e seus familiares a informação prognóstica que eles necessitam.

Segundo Alistair (2011:3) Os benefícios da investigação e diagnóstico precoces incluem a identificação de causas físicas e psiquiátricas tratáveis, tratamento de doenças comorbidas, início de apoio psicossocial e implementação de tratamentos sintomáticos farmacológicas.

“Ensina-se, do ponto de vista tradicional, que diagnostica alguém com demência quando de facto estão deprimidos constitui um dos maiores erros da prática clínica.” (cit. por Alistair 2011:5)

Quando se faz um diagnóstico de demência, não se deve esquecer que tanto os delirium como a depressão podem ser confundidos com demência e podem coexistir com ela.

“Esta regra baseia-se, em larga escala, no facto de que a depressão e potencialmente tratável e a demência e largamente não tratável. O que se sabe atualmente e que a comorbilidade de sintomas de demência depressivos e elevada.” (cit. por Alistair 2011:5)

“As pessoas com síndrome de demência apresentam taxas elevadas de depressão e as pessoas com depressão, muitas vezes, apresentam queixas proeminentes de perda de memória défices neuropsicológicos e, muitas vezes, alterações cerebrais orgânicas.” (cit. por Alistair 2011:5)

Tratamento

O tratamento deve encarar os problemas físicos e um tratamento psicofarmacológico sintomático. Geralmente, estas pessoas necessitam de familiares ou cuidadores, os quais devem prestar contínua atenção por largos períodos de tempo, o que por vezes leva a frustrações e a sobrecarga do cuidador com desgaste físico e emocional, que deve ser diagnosticado e avaliado.

Os familiares devem ser ajudados na complexa mistura de sentimentos que provoca o observar da deterioração cognitiva de alguém de quem se gosta.

Atualmente existem algumas abordagens terapêuticas interessantes no manuseamento das perturbações da memória, estas substâncias embora apenas parcialmente eficazes ajudam ao tratamento destas situações.

Segundo Alistair (2011:7), existe pouca evidência de grande qualidade para a eficácia clínica e custo-efetividade de tratamentos não farmacológicos, embora os achados de investigação estejam a começar a mostrar o potencial da prática de exercício, aromaterapia e intervenções comportamentais, tais como a abordagem ABC (antecedentes, comportamento, consequências).

Algumas das dificuldades limitam quer a intervenção, quer a investigação da eficácia dos tratamentos para as demências. É bastante frequente ouvir-se familiares dizerem dos seus familiares que “está chéchézinho”, sem que o percebam como uma condição médica. Ora, esta condição dificulta, quer o diagnóstico precoce, quer o tratamento adequado. Por outro lado, em geral, os indivíduos com demência não são acompanhados por profissionais, o que acaba por ser prejudicial, quer para o desenvolvimento de estratégias adequadas, quer para o rápido desgaste e sobrecarga do CI.

Para Alistair (2011:5), a orientação da realidade centra-se na progressão lenta provável no início da demência e desencadeia receios “catastróficos” que podem ser precipitados por ligeiros lapsos de memória. Ainda segundo este autor, as estratégias de realce de memória incluem estabelecer objetivos a curto prazo e manter um círculo social e papéis familiares úteis que reforçam a memória.

De acordo com Moreira (2005:208), *“Os tratamentos tendem a privilegiar o aumento do funcionamento dos indivíduos com demência (incluindo a modificação do ambiente da prestação de cuidados de saúde, a terapia reminiscente, e a modificação comportamental).”*

A demência abarca em si um peso enorme já que é incapacitante para a pessoa e desgasta os cuidadores. Comportamentos de rutura como depressão, perturbações do sono, agitação, agressividade e psicose acabam por ser tão “incisivos” que levam os cuidadores a questionarem-se acerca das suas capacidades de cuidar da pessoa doente. *“A apatia e o*

isolamento nas pessoas de com demência podem ser tão perturbadoras para os cuidadores como a agitação e agressão.” (cit. por Alistair 2011:9)

Na sua grande generalidade os cuidadores com quem se tem oportunidade de contactar referem ser uma situação muito difícil, pois é permanente e só tem tendência para agravar.

“Um outro foco de intervenção tem sido os cuidadores, já que se tornam muito vulneráveis a perturbações psiquiátricas, como a depressão. A este nível, as estratégias implementadas é a orientação real, a maioria de estratégias de coping, a compreensão da perturbação (psicoeducação), tratamentos psicodinâmicos e cognitivo-comportamentais direcionados à Depressão, treino de técnicas comportamentais que ajudem na gestão dos pacientes, e treino de estratégias de coping (redução do stress, assertividade e estratégias de resolução de problemas).” (cit. Moreira, 2005:208)

Deste modo torna-se importante fornecer o correto acompanhamento destes casos traçando como principal objetivo melhorar a qualidade de vida do doente/família e/ou outros cuidadores. Tal só poderá ser atingido se os cuidadores tiverem da parte dos profissionais a informação necessária que lhes permita possuir uma compreensão clara acerca do comportamento a ser tratado e dos objetivos desse mesmo tratamento.

É notória a enorme necessidade de serviços de psicoterapêuticos especializados para o tratamento das pessoas idosas, tanto para suprir a necessidade originada pelos problemas de saúde mental inerentes a estes indivíduos, como para dar suporte, formação e tratamento a todos aqueles que estejam envolvidos nas prestações de cuidados.

Considera-se que a reunião da administração de medidas não farmacológicas às medidas farmacológicas constitui como que um segredo para a prestação de melhores cuidados, que permitam dar mais qualidade de vida aos utentes e cuidadores.

Segundo Moreira (2005:208), algumas sugestões sugeridas pela investigação apontam:

- 1- *“A aplicação de terapia familiar, bem como outras abordagens psicológicas, que envolvam as famílias onde permaneçam os pacientes com demência;*
- 2- *O uso de tratamentos psicológicos direcionados às fases normativas do ciclo de vida desta faixa etária (particularmente problemas de saúde física e falecimento);*
- 3- *Formação do pessoal técnico e prestadores de cuidados bem como sistemas de suporte para os cuidadores;*

4- *Trabalho considerável é requerido avaliando tanto os programas existentes, como outras inovações, particularmente ensaios comparativos do uso de abordagens psicológicas com os seguintes medicamentosos, e coadjuntivo uso de abordagens psicológicas com tratamentos farmacológicos;*

5- *A necessidade de um diagnóstico precoce, já que este parece favorável quer ao próprio paciente a compreender a sua situação e a lidar melhor com ela, quer aos cuidadores gerirem de forma mais adequada a situação (quer através da formação, quer através da mobilização do sistema de suporte social)."*

Verifica-se, mais uma vez, que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde que passa mais tempo com os utentes/cuidadores, terá de continuar a ter um papel marcante na avaliação inicial na suspeita de demência e posterior encaminhamento para o médico da equipa multidisciplinar.

Destaca-se ainda, o papel da formação contínua como elemento imprescindível que permite uma solidificação de conhecimentos previamente adquiridos e a aquisição de novos conhecimentos, abrindo portas que, por sua vez, abrirão outras portas. Estas possibilitam às pessoas viverem mais, mas também melhor, podendo estes conhecimentos constituir-se como um passo para encontrar o elixir da juventude.

"As intervenções por prestadores de cuidados podem ser tão poderosas como o tratamento medicamentoso em termos de resultado." (cit. por Alistair 2011:9)

"As intervenções de suporte, muitas vezes sob a forma de grupos de familiares, estão mais difundidas. Os elementos chave dos grupos são: apoio emocional mútuo, normalização de sentimentos, aconselhamento e partilha de informação factual entre pares. Sendo orientadas por profissionais, buscam raízes ou podem transformar-se em "grupos de entreajuda" (sem intervenção técnica), providenciando sentido de identidade e de pertença a uma rede social." (cit. por Sampaio, 2011:6)

3.6-CUIDADORES INFORMAIS NAS DEMÊNCIAS

O Cuidador Informal, no cumprimento do seu papel, é confrontado com situações que implicam alterações do seu bem-estar e por vezes do seu desempenho. Essas alterações podem ter reflexos físicos, psicológicos e sociais, havendo necessidade deste se adaptar à nova situação, de forma a minimizar as repercussões e atuar sobre o problema. Porém, o cuidar pode ser gerador de situações, que pela sua natureza, ultrapassam a capacidade do

cuidador no momento e no contexto para adaptar-se a comportamentos que lhe permitam minimizar o problema ou resolvê-lo.

Como outro ponto de referência para a compreensão do perfil dos cuidadores em Portugal podem ser tomados os inquéritos desenvolvidos pelo Instituto da Segurança Social em 2005 (citados por Gil, 2010) junto de 846 famílias cuidadoras de pessoas com doença de Alzheimer e de pessoas com doença de Parkinson – uma amostra mais alargada que a dos estudos considerados anteriormente – mas apontando os resultados, genericamente, na mesma direção: Os inquéritos permitiram concluir que são, maioritariamente, as mulheres (70,8%) que prestam apoio mais assíduo aos doentes, com maior preponderância para os cônjuges do género feminino (33,7%), filhas (28,7%) e cônjuges masculinos (22,2%). Quer os filhos do género masculino (5,7%) quer os vários elementos pertencentes à família alargada, bem como vizinhos e amigos, independentemente do género, acabam por ter um peso relativo pouco expressivo. (Gil, 2010, p. 223) (cit. por Pereira, 2011:25)

Segundo Martins et al (2003), um estado de mal-estar e tensão não é tolerado durante um período prolongado de tempo, pelo que o indivíduo tende a adotar novos modos de resposta para superar a crise, isto é, mobiliza as capacidades de coping, que poderão conduzir a uma adaptação positiva, ou então a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas.

Para contribuir ativamente para o bem-estar geral do utente/família não é possível observar apenas uma vertente da pessoa, mas sim todos os aspetos relacionados com esta. O bem-estar completo, na maioria das vezes, só é possível se o utente e a sua família receberem a informação transmitida e a aceitarem para que a possam mobilizar com benefício para o seu autocuidado e autonomia. Este processo é habitualmente longo, levando a que o contacto da equipa de saúde com o utente/família seja prolongado.

Cuidar poderá ser desgastante, com implicações para os cuidadores informais, decorrentes de múltiplos fatores internos ou externos. Neste contexto, segundo Lages (2002) existem dados relevantes de que a morbilidade geral dos cuidadores informais é consideravelmente superior aos familiares da mesma faixa etária, que não estão sujeitos a este tipo de sobrecarga.

Apesar da doença se revelar uma experiência comum a todos os humanos, os seus processos ou reflexos são vivenciados de forma subjetiva e individualizada. Desta forma, importa clarificar alguns conceitos e fundamentos, como é a “instituição” família.

Segundo Ferreira (2008:89), numa fase inicial, o processo de cuidar de um idoso com demência, centra-se principalmente nos cuidados que implicam supervisão com vigilância e atenção constantes. Devido aos seus comportamentos inadequados e à degradação da memória, estes levam a um grande desgaste físico e psicológico dos cuidadores, pelo que por vezes existe a tendência de o cuidador substituir o idoso nas atividades, o que contraria a promoção ou manutenção de autonomia, que é uma das funções do cuidador informal. No entanto, com o desenrolar da demência, aumentam as necessidades de cuidados ao nível das atividades de vida diária dá lugar à substituição. Na fase final da doença de Alzheimer o idoso encontra-se geralmente acamado e totalmente dependente, pelo que necessita que lhe sejam prestados todos os tipos de cuidados.

Por este motivo, é essencial darmos respostas não só às necessidades do utente, mas também às da família, ou pessoa significativa, no sentido de transmitir o apoio necessário, para estes terem confiança e segurança, no cuidar do elemento doente. Desta forma, alteram-se situações onde se inclui, como principal elemento, no cuidar da pessoa, indivíduos externos e estranhos, sem conhecimento das reais necessidades do utente e família e da sua organização.

“Existem, de facto, algumas particularidades características da demência, a partir das quais podem emergir repercussões acrescidas, sendo de destacar:

- A incerteza do diagnóstico (fase inicial);*
- As alterações cognitivas e comportamentais associadas ao diagnóstico;*
- O prognóstico da doença;*
- O estigma associado à doença mental;*
- A idade habitual do cuidador (avançada).” (cit. Sequeira, 2010: 91)*

Para Sequeira (2010:91) a doença mental está associada a um espectro de défices, incapacidades e desvantagens que alteram o estatuto do indivíduo nas famílias, no trabalho e na sociedade. As famílias que convivem com um doente mental necessitam de fazer diversos ajustes e de assumir diversos compromissos que as impedem de otimizar o seu potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer (Gallagher e Mechanic,1996).

“O cuidador tem importância e influência na evolução da demência, principalmente na frequência e gravidade dos problemas comportamentais e deterioração das capacidades funcionais. o ato de cuidar reveste-se de um risco de desenvolvimento de doença física ou mental para o cuidador, pois é para este que são direcionadas as maiores

responsabilidades. a morbilidade é consideravelmente superior à dos indivíduos da mesma idade, mas que não têm a responsabilidade de cuidar de nenhum idoso dependente (melo,2005, p.194). ” (cit. por Ferreira, 2008:91)

Quem toma conta dos utentes com Alzheimer, lida com grandes comprometimentos e desafios. Emocionalmente pode apresentar sentimentos de culpa e de cólera, assim como pode sentir-se orgulhoso do trabalho que está a fazer.

Acontece muitas vezes estes sentimentos aparecerem alternadamente ao familiar cuidador. Como pode ter que passar por diversas situações desgastantes e é importante que tome atenção a si próprio, a fim de prestar a melhor ajuda possível ao seu ente querido.

Normalmente, o CI que presta os cuidados ao idoso com doença de Alzheimer, é a única pessoa que contacta com o utente, uma vez que a tendência da família e dos amigos é para se irem afastando à medida que a situação agrava.

“Nos casos graves de demência, 50 % dos cuidadores dedicavam dez ou mais horas por dia à prestação informal de cuidados e 83 % consideravam insuficientes ou inadequados os serviços disponíveis. ” (cit. por Sampaio, 2011:5)

Segundo Sampaio (2011:3) muitos dos familiares sem contacto com serviços evidenciavam sobrecarga e sofrimento psicológico.

“Os cuidadores referem que prestar cuidados a um doente de Alzheimer é desgastante, cansativo, deprimente, exigente, frustrante, arrasador, stressante, entre outros. Mas também referem, ainda que menos, que prestar cuidados a um doente com esta patologia pode ser compensador e enriquecedor. ” (cit. por Ferreira, 2008:91)

“...concluí que a doença de Alzheimer tem um impacto devastador nos doentes, na família e nos cuidadores (cansativo, sem vida social, sem tempo, entre outros). Os doentes exigem atenção 7 dias por semana, 24 horas por dia. ” (cit. por Ferreira, 2008:91)

São muitas as dificuldades que os cuidadores informais sentem ao cuidar do seu familiar, relacionando-se estas essencialmente com a falta de conhecimentos para ajudar o utente na sua recuperação.

“Em síntese, podemos afirmar que os cuidadores dos idosos com demência apresentam diversas repercussões negativas, principalmente sobre a saúde física e mental, em grande parte devido às alterações cognitivas e comportamentais apresentadas pelo doente. Os

cuidadores apresentam uma série de necessidades, muitas vezes devido à falta de informação sobre as respostas existentes no que diz respeito a matérias de apoio e serviços.” (cit. por Ferreira, 2008:94)

3.7-FAMILIARES COM UTENTES FASE TERMINAL VS DEMÊNCIA

Quando o familiar é “chamado” a cuidar de uma pessoa dependente, para além da natural reação à situação de doença, este é também confrontado com a necessidade de reestruturar a sua vida, levando a uma alteração brusca do seu estilo de vida.

“As doenças crónicas como a insuficiência cardíaca (ICC), insuficiência respiratória (IR), insuficiência renal (IRC), as demências, as doenças neurodegenerativas, a SIDA e o cancro, destacam-se pela sua elevada prevalência e morbilidade, e porque podem causar sintomas físicos, emocionais, psíquicos e espirituais, com consequente sofrimento difícil de suportar. “ (cit. por Fernandes, 2009:20)

O luto e as perdas constituem um aspeto fulcral no cuidado dos utentes com demência.

“Existem cuidadores que vivenciam o luto desde o diagnóstico (Morgan e Laing, 1991). Em estudos realizados com o objetivo de analisar o sentimento de perda e o luto antes e depois da morte do doente revelaram que os cuidadores consideram que os doentes têm múltiplas e sucessivas mortes (De La Cuesta, 2004).” (cit. por Pereira, 2009:45)

Os cuidados paliativos acompanham o utente e a família no processo de viver o fim da vida e não meramente no processo de morrer.

Quem cuida e assiste pessoas em fase terminal dá um testemunho invariável sobre o grande privilégio que é esse contacto, que tem de tão íntimo como revelador. Perto da morte as pessoas revelam-se profundamente, fruto de uma mudança tão cheia de significado e dignidade que transcende a própria vida.

“O cuidador assume nesta perspetiva um papel ativo e à semelhança da doença também estes têm um percurso (Taraborrelli, 1993; Karp e Tanarugsachock, 2000). Pfeiffer (2005) descreve sete fases distintas que os cuidadores vivenciam: 1) lidar com o impacto inicial do diagnóstico; 2) determinação do familiar que pode assumir o papel de cuidador informal; 3) O longo percurso da prestação de cuidados domiciliários; 4) ponderar a institucionalização; 5) cuidar durante a institucionalização; 6) morte do doente com a

qual surgem sentimentos de mágoa e de alívio; 7) recomeçar a vida depois da doença de Alzheimer. “ (cit. por Pereira, 2009:40)

Em cuidados paliativos o maior conhecimento que se pode adquirir é a partilha do saber, do saber estar e do saber fazer. O controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho de equipa são executados multidisciplinarmente e com um plano de ação conjunta, evidenciando a cada momento um profundo respeito.

Um conceito fundamental em cuidados paliativos é o de equipa multidisciplinar, dado que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para enfrentar uma determinada situação. Esta realidade faz destacar o significado do trabalho coletivo, permitindo assim a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como um olhar para os problemas do utente ou da família não somente sob uma única perspetiva.

Para Twycross (2001:16) *“Nos cuidados paliativos, os sintomas são «encobertos» com tratamento cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente, (...) estendem-se muito para além dos sintomas”*. Afirma ainda, que as três componentes essenciais dos cuidados paliativos são: o alívio de sintomas, apoio psicossocial e o trabalho em equipa. Este “triângulo” promove o equilíbrio e o atingir dos objetivos estabelecidos.

“A qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem dimensões como a satisfação pessoal (sentido e significado de existência), as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada pessoa.” (cit. por Sequeira, 2010: 24)

Segundo Sequeira (2010:24), a qualidade de vida é uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiental.

À medida que a demência progride e a incapacidade aumenta, as necessidades aumentam e aumenta a complexidade da prestação de cuidados, aumentam as responsabilidades, surgindo a ajuda no processo de planeamento de vida e tomada de decisões sobre si e as suas “coisas”.

Morrer em casa é uma escolha difícil que a família tem de tomar, engloba desejos, a personalidade de cada elemento e a disponibilidade da mesma. Normalmente os indivíduos escolhem o seu meio para falecer, visto ser onde se sente melhor e onde tem apoio de mais familiares e amigos. Contudo, são necessários alguns requisitos para que isto seja possível, segundo (Twycross 2001:22) é necessário existir: uma família adaptada à situação; visitas de enfermagem frequentes; acompanhamento médico; capacidade de resposta rápida, garantia de um internamento rápido caso seja necessário.

“Existem cuidadores que consideram, face ao processo de deterioração que um doente de Alzheimer sofre, que este vai morrendo em vida (Bieglel, Salers e Schulz referidos por De La Cuesta, 2004). Torna-se difícil superar o luto provocado pela perda de uma mãe ou companheira que ainda está fisicamente presente. De La Rica e Hernando (1994) referindo Jacques consideram que o luto vivenciado por um familiar de um doente demenciado difere do luto decorrente da morte de um ente querido, por um lado a pessoa continua viva e até pode estar fisicamente saudável e por outro lado este processo pode demorar períodos de tempos longos.” (cit. por Pereira, 2009:45)

“Consideramos que o apoio diariamente prestado pelos cuidadores familiares aos doentes com doenças crónicas graves e incapacitantes, com necessidade de Cuidados Paliativos tem quase sempre pouca visibilidade e reconhecimento pela sociedade. São apelidados por uns “pacientes ocultos” por outros “heróis do silêncio” ou “heróis anónimos do quotidiano”, pois estas famílias são sofredoras ocultas e são afetadas psicológica, emocional, física e economicamente.” (cit. por Fernandes, 2009:24)

Esta noção de carreira de cuidador é inovadora e útil, devido ao seu carácter dinâmico e, sobretudo, pelo facto de se introduzir um estágio até então pouco considerado, que ocorre depois de terminadas as funções diretas do cuidador (por exemplo por falecimento da pessoa cuidada). Desligar-se do papel é tão importante como preparar-se para ele, ou envolver-se diretamente nas responsabilidades que este implica.

“O estudo de Aneshensel e colegas (Aneshensel et al., 1995), conduzido ao longo de 3 anos junto de cuidadores informais de pessoas com Alzheimer (n=555)³⁵, baseou-se em duas abordagens teóricas: “A Carreira de Cuidador” (Aneshensel et al., 1995) e “O Modelo do Processo de Stresse” (Aneshensel et al., 1995; Pearlin et al., 1990).

As conclusões do estudo permitiram identificar que a prestação informal de cuidados pode ser um processo que comporta múltiplos estádios, mas que três deles são centrais,

constituindo-se, assim no core do que acabou por ser denominado como “carreira do cuidador”: i) a preparação para o papel (role acquisition); ii) a assunção do papel e das tarefas/atividades e responsabilidades com ela relacionadas (role enactment); e, iii) o desligar-se do papel (disengagement), fruto do luto realizado pela morte da pessoa dependente ou da recuperação da pessoa dependente e sua reintegração social (Aneshensel et al., 1995).” (cit. por Pereira, 2011:176)

“Boss (1999, 2002, 2006, 2007), descreve muito bem este tipo (ou tipos) de perda, denominando-a “perda ambígua”. A perda ambígua é a perda que permanece pouco clara, assente em incerteza ou falta de informação e pode ocorrer em duas situações: i) ausências físicas com presença psicológica – os familiares descrevem-na como “partindo sem dizer adeus”; e, ii) ausências psicológicas com presença física – os familiares descrevem-na como “dizer adeus sem partir”. Os dois tipos provocam distresse e podem ser traumáticos.” (cit. por Pereira, 2011:129)

Preparar o, “desligar-se” do papel de cuidador de utentes com demência, não pode começar quando a situação de cuidado termina e o familiar morre, sob pena de não se ser capaz de ter uma intervenção eficaz ou no tempo necessário. Preparar o, “desligar-se do papel” será, então, um dos objetivos fundamentais da fase intermédia, da fase em que se está em pleno no desempenho das atividades relacionadas com esse mesmo papel.

“A intervenção junto destes cuidadores não pode, pois, remeter-se ao acompanhamento dos cuidadores para que sejam competentes no desempenho de cuidar. Uma preocupação a não esquecer é que esse papel é transitório e que devem ser criadas condições para que, finda essa fase, o cuidador não permaneça “preso” numa situação de isolamento da qual, então, dificilmente escapará: seria então vítima de uma dupla injustiça.” (cit. por Pereira, 2011:177)

Trata-se de preparar o futuro, de estabelecer contactos sociais, de desenvolver atividades gratificantes, estimular atividades recreativas não só para que se previna no imediato as consequências adversas da solidão e do isolamento social, mas, fundamentalmente, como um investimento no futuro, como meio de garantir que não se hipotecará a integração do cuidador nos diferentes contextos alvo do seu interesse, depois de terminada a prestação direta de cuidados.

4-QUESTÃO DE PARTIDA

As questões colocadas foram:

- *Quais as necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria têm os utentes e seus cuidadores informais na comunidade (UCC);*
- *Que intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria podem ser desenvolvidas aos utentes da UCC e as cuidadores informais.*

5 – OBJETIVOS

Um projeto pressupõe um conjunto articulado de ações, com vista a atingir os objetivos.

Em síntese, o projeto foi um processo de planeamento e realização de um conjunto articulado de ações, com vista a atingir determinados objetivos. Foram eles:

- Conhecer as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental dos utentes e dos cuidadores informais na unidade de cuidados da comunidade;
- Planear intervenções especializadas de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dirigidas as necessidades identificadas;
- Realizar as intervenções especializadas de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria planeadas;
- Avaliar as intervenções especializadas de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria realizadas.

6-METODOLOGIA

De acordo com as orientações para o estágio, fornecidas pela equipa pedagógica do Curso e de acordo com os objetivos formulados, optámos pela Metodologia de Projeto.

A Metodologia de Projeto foi constituída por cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento de Intervenções, Execução, Avaliação e, por último, a Divulgação dos Resultados.

Segundo Assenhas (2010:10) a primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico da situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação - problema identificado, ou seja elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.

O **diagnóstico** da situação é dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes.

“Centrar na ideia de diagnóstico da situação implica referir outros dois conceitos, nomeadamente o de problema e o de necessidade. Sendo assim, problema de saúde pode ser definido como um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico, ou pela coletividade e, por um lado, necessidade é definida como a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando o necessário para corrigir o problema identificado.” (cit. por Assenhas et al., 2010:10)

Os instrumentos utilizados vão depender do tipo de projeto, dos objetivos, do que pretendemos recolher e da avaliação pensada, para isso foram usados: análise SWOT, FMEA, questionário aos enfermeiros e notas de campo.

A **Definição de Objetivos** pretendeu apontar os resultados a alcançar, podendo ser mais gerais ou mais específicos e foram definidos consoante os níveis em que se enquadravam.

“Mão de Ferro (1999) define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados ou seja, fornecerem-nos indicações acerca daquilo que o formato deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. O autor acrescenta que, a avaliação de um objetivo geral só é possível se este for traduzido em termos concretos e específicos, uma vez que garante maior objetividade aos resultados esperados, sobre a forma de comportamentos observáveis.” (cit. por Assenhas et al, 2010:18)

Na Metodologia de Projeto existiu um compromisso entre a planificação do projeto e os objetivos definidos.

O **Planeamento de Intervenções** implicou a realização do plano pormenorizado do projeto. Estas intervenções foram delineadas tendo como base os objetivos anteriormente traçados dentro de cada objetivo específico, encontrando-se definidas as atividades necessárias de modo a atingir os objetivos, assim como, os Recursos utilizados.

O planeamento *“é a terceira fase do ciclo de vida do projeto, em que é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (Miguel, 2006) ”* (cit. por Assenhas et al, 2010:20)

A **Execução do projeto** foi a quarta etapa da Metodologia de Projeto, onde se pretendeu materializar e executar tudo o que foi planeado, pelo que se desenvolveu na UCC do ACES da região de Lisboa, sem a concretização do planeamento.

“A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, “um esforço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída (Carvalho e tal., 2001; Nogueira, 2005) ” (cit. por Assenhas et al, 2010:23)

A **Avaliação do projeto** permitiu a análise e a reflexão, quer ao longo do trabalho, quer no final do mesmo. Esta avaliação foi realizada utilizando instrumentos de diagnóstico tais como os questionários.

“Nesta avaliação são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho elaborado e realizados os ajustes necessários. Nesta etapa deve-se questionar sobre o trabalho realizado até ao momento, grau de satisfação, sugestões para possíveis melhorias e atividades que, apesar de não estarem planeadas, podem revelar-se pertinentes para o Projeto no decorrer do trabalho no terreno. É fundamental que o(s) participante(s) entenda(m) que pode(m) (re)planear, (re)elaborar; (re)produzir; criar novas hipóteses; mudar de percursos e processos. Portanto, nada num projeto é estático (Nogueira, 2005).” (cit. por Assenhas et al, 2010:25)

A última etapa do projeto foi a **Divulgação dos Resultados** com a elaboração de um relatório final, onde foram apresentados os resultados obtidos, sendo que a produção de evidência científica e a sua divulgação foi feita através de posters, congressos, e artigos para publicações científicas.

6.1 – ETAPA DIAGNÓSTICA

A etapa de diagnóstico da situação foi efectuada na UCC do ACES da região de Lisboa, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos de avaliação de diagnóstico: análise SWOT, FMEA, e notas de campo.

6.1.1-Análise SWOT

A análise SWOT foi desenvolvida por Kenneth Andrews e Roland Christensen, ambos professores da Harvard Business School.

As Forças e Fraquezas perfazem a dimensão interna, enquanto as Oportunidades e Ameaças referem-se à dimensão externa do projeto.

Figura nº II- Análise Swot – Dimensão interna / Dimensão externa



Na análise SWOT todos os elementos interligam-se para que as oportunidades possibilitem a valorização dos pontos fortes, a minimização dos pontos fracos e, se possível, fazer face às ameaças do exterior.

Esta ideia é reforçada por (cit. por Freire, 1998:143), ao referir que “A *análise SWOT original relaciona os pontos fortes e fracos da empresa com as oportunidades e ameaças do meio envolvente.*” Segundo o mesmo autor, esta relação estabelecida entre os pontos fracos e os pontos fortes de uma instituição permite e apresenta como grande objetivo, a criação de novos caminhos a seguir pela instituição tendo em conta as dificuldades/facilidades que o meio envolvente ofereça.

Forças – aspetos que potenciam os objetivos a atingir e que deverão ser reforçados;

Fraquezas – constrangimentos que devem ser eliminados ou reduzidos com a implementação;

Oportunidades – aspetos externos com influência positiva que devem ser capitalizados;

Ameaças – aspetos externos que podem ter efeitos negativos e que importa evitar ou mitigar.

Quadro nº I – Quadro expositivo da análise SWOT do projeto

<p><i>Weaknesses</i></p> <p>(“Fraquezas”)</p>	<p><i>Strengths</i></p> <p>(“Forças”)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Condicionamentos relativos ao financiamento do projeto (com custos inerentes à deslocação ao domicílio); ● Existem atualmente poucos enfermeiros com formação de saúde mental; ● Levantamento insuficiente sobre as reais necessidades de cuidados; ● Sem parcerias com consulta de psiquiatria (protocolos). ● Plano de cuidados de enfermagem desajustado face às necessidades dos doentes; ● Fraca articulação entre o hospital e os serviços de cuidados de saúde primários; ● Uma equipa multidisciplinar incompleta (médico da especialidade); ● Procura superior à oferta; ● Um projeto dirigido a uma população (UCC) e não a todas as unidades funcionais; ● Rácio enfermeiro/utente inadequado; ● Elevados níveis de stress nos profissionais de Enfermagem; ● Desmotivação dos profissionais na progressão da carreira; ● Dificuldade em demonstrar as evidências. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ser único; ● Muitas necessidades sentidas na prática clínica; ● Recursos profissionais disponíveis na área de cuidados de saúde mental para dar resposta às necessidades; ● Crescente sensibilidade dos profissionais para os cuidados de enfermagem de saúde mental; ● Garantia na divulgação dos resultados e benefícios; ● Inovação associada à necessidade de cuidados; ● Capacidade de organização e liderança; ● Capacidade em promover a imagem de um ACES inovador; ● Equipa multidisciplinar, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e psicóloga; ● Inclusão da família no processo terapêutico; ● Necessidade sentida pelos colegas da UCC; ● Motivação do técnico envolvido e a sua prática clínica; ● O direito do utente à saúde mental; ● A necessidade de ir ao encontro da reabilitação física em paralelo com a estabilidade mental; ● Ir ao encontro dos padrões de qualidade e aos objetivos da unidade de cuidados na comunidade; ● Uniformização das intervenções realizadas com formação na área da saúde mental; ● A população idosa (envelhecida) com necessidades de saúde mental; ● Custos reduzidos (não há necessidade de gastos materiais) na prestação de cuidados de

	enfermagem de saúde mental.
<i>Threats</i> (“Ameaças”)	Opportunities (“Oportunidades”)
<ul style="list-style-type: none"> ● Aposta em programas onde se verificam resultados mais rapidamente; ● Resistência de algumas pessoas com estigma para a saúde mental; ● Resistência à mudança por parte de alguns profissionais; ● Condicionantes financeiros dos organismos públicos por conta duma política restritiva em termos orçamentais; ● Existência de políticas recentes na área da saúde mental mais exigentes relativas à defesa do direito dos utentes com necessidades dos cuidados de saúde mental; ● Espaço físico para a prática clínica; ● Falta de recursos humanos - rácios enfermeiro/utente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ter um projeto com padrões de qualidade em saúde mental; ● Permitir a existência de uma boa articulação entre a rede de cuidados continuados da saúde mental; ● Existência de possibilidade de Financiamento próprio das unidades e equipas de saúde mental; ● Garantia no cumprimento da Lei relativo ao programa de saúde mental; ● Reconhecimento da importância de prestação de cuidados na saúde mental; ● Sentido de responsabilidade social de contribuir para a melhoria da saúde da comunidade, garantindo serviços de qualidade; ● Proceder a uma atualização dos dados na área de saúde mental; ● Aumentar o nº de enfermeiros face às necessidades de cuidados; ● Tornar os cuidados de enfermagem mais eficientes e eficazes; ● Ir ao encontro da legislação atual; ● Manter enfermeiros motivados na sua área de formação.

SOLUÇÕES PRECONIZADAS FACE AOS OBSTÁCULOS À CONCRETIZAÇÃO DO PROJETO

Puderam-se constatar que as oportunidades encontradas estavam diretamente dependentes dos pontos fortes enumerados, salientando-se seis pontos fracos de extrema relevância, que impunham atuação prioritária. As dificuldades ao nível do financiamento do próprio projeto, a formação na área da enfermagem de saúde mental, resistência na direção do Agrupamento Centro Saúde (ACES) para dar apoio a um projeto de saúde mental, dificuldade na apresentação de custos/benefícios, aumento dos custos de todo o processo, aumento da procura em relação à oferta, condicionavam os restantes pontos fracos do serviço e comprometiam as potencialidades dos pontos fortes, como a minimização do impacto das ameaças e a rentabilização das oportunidades. A pertinência fez com que se

minimizasse o impacto das ameaças que afetavam o projeto, já que permitiam reforçar as forças identificadas.

As oportunidades identificadas estavam em ligação com as forças do projeto como: ser único; muitas necessidades sentidas na prática clínica; recursos profissionais disponíveis na área de cuidados de saúde mental para dar resposta às necessidades; garantia na divulgação dos resultados e benefícios; inovação associada às necessidades de cuidados; sentido de responsabilidade pela proteção e defesa utentes; sentido de responsabilidade social para contribuir para a melhoria da saúde da comunidade, garantindo serviços de qualidade; capacidade de organização e liderança; capacidade em promover a imagem de um ACES inovador; equipa multidisciplinar; inclusão da família no processo terapêutico; dificuldade na reabilitação física sem saúde mental; necessidade sentida pelos colegas da unidade de cuidados na comunidade; motivação do técnico envolvido e a sua prática clínica; o direito do doente à saúde mental; necessidade de ir ao encontro da reabilitação física em paralelo com a estabilidade mental; ir ao encontro dos padrões de qualidade e aos objetivos da unidade de cuidados na comunidade; uniformização das intervenções realizadas com a formação na área da saúde mental; população idosa (envelhecida) com necessidades de saúde mental; custos reduzidos (não havia necessidade de gastos materiais) na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental.

Este projeto garantiu que fossem assegurados os cuidados de saúde mental aos utentes.

Com efeito, propôs-se os seguintes planos de ação para superar os obstáculos:

Quadro nº II - Soluções preconizadas face aos obstáculos

OBSTÁCULOS	SOLUÇÕES
Dificuldades ao nível do financiamento do próprio projeto;	-Obtenção de apoios com recurso a parcerias, a Comissão Nacional da Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, sensibilização da comunidade.
A formação na área da enfermagem de saúde mental;	Promover a formação e informação externa e interna dos enfermeiros que pretendam fazer na área de cuidados de saúde mental.
Constrangimentos por parte direção do Agrupamento Centro Saúde (ACES) para dar apoio a um projeto de saúde mental;	Apelar e demonstrar as necessidades de prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental.
Dificuldade na apresentação de custos/benefícios ;	Demonstrar a existência de ganhos em saúde de divulgação de resultados quer na prestação, formação e investigação.
Aumento dos custos de todo o processo;	-Elaboração de um planeamento e orçamentos

	rigorosos e justificação de ganhos em saúde. -Aposta na psicoeducação em grupo ou em consulta no centro de saúde.
Aumento da procura em relação à oferta;	Capacidade para reestruturação rápida de forma a responder a um aumento imprevisto de utentes.

6.1.2-FMEA do projeto

De acordo com a ideia expressa por Mcdermott (2009), a principal vantagem da FMEA como metodologia de análises é a de se poderem identificar antecipadamente as várias formas onde um determinado produto ou processo poderão falhar. Ainda segundo o autor, considera-se que um produto tem uma falha quando o mesmo não funciona como estava previsto, ou funciona com anomalias.

O recurso a esta metodologia de análise torna-se mais vantajosa quando realizada por uma equipa multidisciplinar, no sentido de que surjam perspetivas variadas e experiências complementares que permitam identificar um leque maior de falhas potenciais e consequentemente um maior número de ações redutoras dos problemas potenciais, identificados previamente (cit. por Mcdermott, 2009).

Fundamentalmente são dois os tipos de FMEA existentes: a FMEA de produto, no qual são determinadas as falhas que podem ocorrer com o produto durante a fase da conceção e desenvolvimento do projeto, e onde são avaliadas as suas características; a FMEA de processo, que se caracteriza como sendo a fase de execução e produção do produto, tendo em vista a redução de falhas do processo e a sua otimização, através do qual são identificação as não conformidades do produto com o mesmo (Toledo e Amaral, cit. por Silva et. al, 2006).

INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A FMEA, como metodologia de análise permitiu-nos apurar as possíveis falhas que pudessem vir a interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo que no resultado dessas falhas, surgiram os incidentes. Nesta ótica, procedemos à identificação dos efeitos e causas potenciais destes incidentes, assim como formas de deteção dos mesmos. Em seguida identificámos as ações que possibilitaram diminuir o risco de ocorrência dos problemas.

Na análise FMEA do **projeto, em termos de etapa, no ACES e na comunidade foram identificadas como incidentes, a ausência de cuidados de enfermagem de saúde**

mental, formação e informação dos enfermeiros e a dificuldade em cuidar dos familiares.

Desta forma, e em função de cada incidente, divulgámos os efeitos, causas e intervenções .

A ausência cuidados de enfermagem de saúde mental

Finalmente e tendo em conta o incidente “Ausência de cuidados de enfermagem de saúde mental”, identificámos como efeitos; a) Utentes com necessidade de cuidados de saúde mental com danos físicos, b) Sobrecarga de trabalho dos profissionais e c) Má utilização de recursos existentes como causa para o efeito, a) Diminuição qualidade dos cuidados gerais e baixo rácio Enfermeiro de saúde mental/necessidade e cuidados, b) desgaste dos profissionais na gestão dos casos que tiveram dificuldade em resolver.

Para responder as estas causas, propusemos como ações: avaliar todos os utentes a serem sujeitos a reabilitação, avaliar (através de escala) as capacidades cognitivas que impediam a colaboração na sua reabilitação, avaliar a motivação do utente para o programa, criar normas/procedimentos de enfermagem, aumentar o nº de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem, quantificar os gastos em saúde, avaliar o grau de satisfação face às suas competências, diminuir a sobrecarga física e mental dos profissionais no decurso do processo terapêutico, aumentar o nº de enfermeiros de saúde mental e auxiliares de enfermagem, demonstrar a necessidade do aumento do nº de enfermeiros e estimular o desenvolvimento de um programa que aumentasse a motivação dos enfermeiros.

Formação e informação dos enfermeiros da Unidade de cuidados na comunidade

No que concerne à Formação e informação dos enfermeiros, foram identificados como efeito: a) cuidados de enfermagem insuficientes/desajustados/inadequados às necessidades; b) dificuldade na reabilitação física e promoção de saúde dos utentes com necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental.

Quanto às causas dos efeitos, estas foram: a) ausência de diagnósticos de enfermagem de saúde mental; b) Ausência de promoção de saúde mental; c) deficiente avaliação de sinais e sintomas.

Das ações desenvolvidas para responder às causas, contaram-se por exemplo com: realizar reuniões periódicas com as equipas para aconselhamento dos casos, realizar visita domiciliária com as equipas para avaliação dos casos, promover ações de sensibilização e formação na área da saúde mental, realizar formação e fornecer informação às equipas

comunitárias do ACES, monitorizar periodicamente as necessidades de formação, fornecer periodicamente, por correio eletrónico, temas atuais e de saúde mental, criar um blog para informação/ajuda, apostar/investir na promoção de saúde mental dos técnicos (atividades recreativas), realizar uma avaliação mental com recurso a escalas, encaminhar para o médico de família ou outro recurso (hospital, consulta externa/privada, ...) e criar folhas de referenciação com as equipas da UCC e as restantes unidades.

Dificuldade em cuidar dos familiares

No que concerne às Dificuldade em cuidar dos familiares, identificámos como efeitos: a) desgaste prematuro dos familiares e deficiência dos cuidados prestados; b) internamentos hospitalares frequentes, idas para instituições da rede de cuidados continuados e o aumento da permanência do utente no programa de reabilitação; c) aumento na utilização dos recursos do serviço de saúde e sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos.

Em face dos efeitos referidos em a), b) e c) as causas prenderam-se com o facto do aumento da sobrecarga emocional e física dos CI, com o incumprimento do regime terapêutico proposto e pela insatisfação dos utentes/família.

Duma forma geral, as ações que se propuseram interligaram-se duma forma geral entre si, com a pretensão de dar resposta ao incidente identificado, realizando programas de intervenção com os cuidadores na fase inicial (adaptação) e promoção de saúde como psicoeducação, sensibilizar os enfermeiros para as necessidades dos cuidadores, realizar intervenção com processo de aconselhamento (psicoterapêutico) aos familiares, de forma a ultrapassarem as dificuldades, quantificar os ganhos em saúde (se possível), aplicar escala de sobrecarga do cuidador (QASCI), realizar reuniões periódicas com a equipa multidisciplinar para instituir regime terapêutico ajustado, manter o utente no seu meio ambiente, satisfazer um desejo do utente/família, avaliar a motivação do utente para o regime terapêutico (escala), avaliar a adesão terapêutica (escala), quantificar o grau de satisfação da família em relação aos cuidados, valorizar os pedidos de ajuda manter a proximidade com os cuidadores possibilitar contacto através de telefone/telemóvel para solicitação de ajuda.

A determinação da gravidade, da ocorrência e da deteção dos incidentes, foi realizada com base no exemplo de critérios de risco elaborado por Toledo (s.d). Esses parâmetros permitiram-nos calcular o RPN, que nos indicou a etapa com maior prioridade de

resolução. Sempre que o RPN atingiu o valor igual ou superior a 100, significou que a etapa em questão necessitava de uma resolução urgente.

Em suma, e tendo em conta o projeto sobre o qual incidiu a análise, identificámos, dum modo geral, 07 incidentes com valores superiores a 100, o que nos permitiu concluir que estes necessitavam de uma rápida intervenção. Em face do serviço em análise, o RPN maior (486), pertencente à comunidade, ocorreu no incidente “Ausência de cuidados de enfermagem de saúde mental”, mais especificamente no efeito: utente com necessidade de cuidados de saúde mental com danos físicos. No sentido duma atempada e eficaz intervenção e a da operacionalização do projeto.

NOTA CONCLUSIVA

Uma vez realizada esta análise, tornou-se imperativo fazer uma breve síntese do mesmo, no sentido de contribuir para uma reflexão mais rica em face do percurso realizado. Com efeito, no decurso do trabalho, procurámos abranger diversos temas, em particular, a identificação do problema sentido na UCC na fase de diagnóstico do projeto, para demonstrar ações que visassem a resolução dos problemas identificados.

A análise FMEA permitiu demonstrar os potenciais modos de falha ao nível da prestação de cuidados, que consequentemente, se repercutiam nos problemas que foram identificados, podendo estes ser minimizados através do desenvolvimento das ações descritas na discussão.

Dos 07 incidentes detetados, que necessitavam de uma rápida intervenção, identificámos aquele cujo RPN era o mais elevado, a etapa onde se situava o incidente em causa, e mais especificamente qual o seu efeito. De seguida identificámos a quem cabia o papel de intervenção na mudança.

Para finalizar o trabalho, gostaríamos de salientar de que o mesmo constituiu um momento impar para a sensibilização de um projeto necessário para os utentes e comunidade, sendo portanto interpretado como uma oportunidade para a mudança quer para a instituição, quer para os profissionais que estavam diretamente ligados à prestação de cuidados, tendo em conta a crescente necessidade de prestação de cuidados na área de saúde mental.

6.1.3-Visitação Domiciliária

Durante a fase diagnóstica foi proposto efetuarmos a visitação domiciliária com os enfermeiros da UCC, de forma a entender a realidade nas necessidades de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental. Foram efetuadas 36 visitas, num total de 6 dias, com 8 Enfermeiros. Não foi utilizada nenhuma escala de observação, mas sim através da observação direta sem interferência nos cuidados, de forma a entender o desempenho clínico com as solicitações por parte do utente e da sua família, e qual a intensidade na relação terapêutica/ajuda.

Segundo Lüdke (2011) *“Notas de campo são registos coletados durante uma observação, representando um instrumento de coleta de dados para pesquisa qualitativa. Para que as anotações estejam de acordo com o objetivo da pesquisa é necessário um planeamento prévio do que deve ser anotado e observado, delimitando claramente o foco da investigação para não desviar da proposta inicial da pesquisa.”*

O conteúdo das observações conteve uma parte descritiva e uma reflexiva: a parte descritiva compreendeu um registo detalhado do que ocorreu no campo.

No entanto, nem tudo o que se passa num campo de investigação pode ser observado, nem o investigador efetivamente desejará observar tudo. Por outro lado, existem situações e contextos nos quais o investigador não quer participar sob pena de ver comprometidos os princípios éticos que o regem na sua vida quotidiana, quer seja por discordar da definição das situações, quer seja por discordar de métodos utilizados.

Na nossa perspetiva, o que se tornou mais interessante neste processo derivou do facto de o investigador se ter constituído no *único instrumento vivo*, interativo e dinâmico, com capacidade reflexiva e de transformação e correção imediata de situações vivenciadas, com memória seletiva, mas também remanescente, capaz de ir buscar situações observadas que inicialmente não lhe pareceram significativas e dignas de registo escrito (e que, consequentemente, a memória não selecionou num primeiro momento), mas que através do cruzamento com outras situações, teorias e reflexões, reemergiram com acuidade e intensidade, constituindo-se, não raras vezes, em insights analíticos fundamentais para a investigação.

A parte reflexiva das anotações incluiu as observações pessoais, feitas durante a fase de coleta: as nossas especulações, sentimentos, problemas, ideias, impressões, dúvidas, incertezas, surpresas e decepções.

No caso da nossa observação, considerámos pertinente a incorporação nas notas de campo da *descrição do que se observa, a reflexão sobre o que se observa e a articulação com a teoria e experiência profissional*, num vaivém constante entre descrição e análise do processo de observação.

“Também oferece um espaço no qual as enfermeiras podem examinar como elas organizam a sua própria prática, como é que elas situam as inovações daquela prática, e oferece um momento de crítica para a questão «quem sou eu quando estou a praticar enfermagem?».” (cit. por Latimer, 2005:60)

A exposição e partilha dos Notas de Campo com outros profissionais de Enfermagem promoveram não só momentos de reflexão coletiva, que originaram posteriores reflexões, mas as avaliações/intervenções junto das respetivas famílias, o que permitiu o envolvimento de toda a equipa no seu acompanhamento.

Conclusão

Os problemas identificados foram: a evidente falta de competências na área da enfermagem de saúde mental, o tempo escasso na visita domiciliária face ao número de utentes programados e a não sensibilização na área da saúde mental. Quanto mais novos os elementos, maior é a preocupação com a execução e técnica em detrimento dos sintomas. Quando houve necessidade de cuidados de saúde mental mais específicos, os colegas identificaram as situações com facilidade mas não interviram, como por exemplo no caso de doentes em fase terminal ou cuidadores em sobrecarga.

6.1.4-Questões éticas na etapa de diagnóstico

Os princípios éticos pressupõem a exigência de respeito por determinados valores: autonomia ou liberdade dos utentes, o seu bem-estar, a igualdade e justiça.

Qualquer estudo que inclua pessoas, levanta questões éticas e de ordens morais, que estão presentes desde o diagnóstico até a execução do projeto.

No decorrer desta fase de diagnóstico foram tomadas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdade dos utentes que participam quer nos questionários quer nas notas de campo.

Os princípios da ética no decorrer deste PIS, as obrigações e os deveres como Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental acrescentando um acordo em prestar cuidados aos utentes e familiares do ACES, com responsabilidade de assumir o compromisso e cumprir o esperado.

Neste contexto foi solicitada autorização para a realização de um estudo no ACES

No primeiro contacto com os Enfermeiros da UCC foram explicados os objetivos do projeto estudo apurando disponibilidade e vontade em participar:

“O consentimento informado decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa – está, assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal.” (OE, 2007:01)

Se demonstravam vontade de participar no estudo explicava-se o método de colheita de dados (questionário), o tempo previsto para o preenchimento do mesmo e as notas de campo.

Explicou-se quais as vantagens de participar, no diagnóstico do projeto (avanço nos conhecimentos e melhoria na abordagem aos problemas na área da saúde mental em contexto domiciliário).

A participação foi voluntária e a qualquer momento o enfermeiro podia não responder ao questionário e recusar a ser observado na sua prática clínica.

“A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento ou seja, independentemente de ser escrito ou oral o consentimento não é definitivo e em qualquer momento quem autorizou pode dizer que afinal não quer o que lhe foi proposto.” (OE, 2007:02)

A identificação dos participantes, assim como o carácter de confidencialidade das informações não foi divulgado, sendo para isso codificado.

6.1.5 – Inquérito aos Enfermeiros da UCC

A colheita de dados constituiu uma etapa fundamental na elaboração do diagnóstico desde projeto, já que foi a partir desta que se obtiveram as respostas para avaliar algumas

conclusões e planejar a etapa seguinte para atingir os objetivos propostos inicialmente. Por este motivo, a escolha do método, técnica e instrumento, foi cuidadosa. Tendo em conta que, (cit. por Polit, 1995:168), um questionário é “(...) *Um instrumento totalmente estruturado, solicita-se aos sujeitos que respondam exatamente às mesmas perguntas, e exatamente na mesma ordem, sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções para suas respostas*”. Considerámos, que ao utilizar este instrumento de recolha de dados para amostra populacional do estudo, conseguimos descrever de forma objetiva os resultados, obtendo uma maior fidelidade nas respostas.

Procedemos à realização de visitação domiciliária, em conjunto com os participantes do estudo (17), na área de influência da UCC, sem qualquer tipo de intervenção, apenas observação. Posteriormente foram entregues os questionários para serem respondidos.

Metodologia

Esta etapa do trabalho é essencial, na medida em que descreve o tipo e delineamento do estudo utilizado, o local onde foi realizado, o método, bem como os critérios de seleção desta. Fez-se ainda a descrição do método, da técnica e do instrumento de recolha de dados, da implementação desse instrumento e como se efetuou o tratamento de dados.

Assim, a fase metodológica, segundo (cit. por Fortin, 1999:109) “ (...) *operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população (...)* ” isto é, consiste em prever como o fenómeno alvo de estudo será abordado.

Deste modo, foi fundamental realizar uma reflexão profunda sobre os vários tipos de pesquisa, a fim de se identificar qual a mais adequada, para que se atingissem os objetivos propostos, dando resposta ao problema levantado neste projeto, de modo a permitir fiabilidade dos resultados.

Tipo de Estudo

Através da reflexão do problema levantado, e tendo em vista os objetivos do mesmo, utilizámos, para a realização da etapa de diagnóstico, de forma a permitir a avaliação das necessidades, um projeto de apoio a saúde mental do ACES.

Quanto à dimensão temporal, o estudo foi do tipo transversal, pois colheram-se os dados no momento em que se queria identificar o fenómeno em estudo.

Através da reflexão do estudo, e tendo em vista os objetivos que foram traçados, o tipo de estudo foi qualitativo.

Quanto ao objetivo, propósito e método, a pesquisa utilizada foi do tipo exploratório - descritivo. Assim, de acordo com (cit. por Polit e Hungler 1995, p.14) “ (...) *a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona*”. Relativamente aos estudos descritivos, os mesmos autores (1995:14) referem que “ (...) *o pesquisador que realiza uma investigação descritiva observa, descreve e classifica. Estudos descritivos podem ter grande valor à enfermagem.*”

Esta escolha deveu-se ao facto de haver a necessidade de recolher informações sobre a perceção dos enfermeiros, que desempenhavam a sua atividade no domicílio, sobre a área de saúde mental. Assim, o objetivo foi explorar a importância de um projeto nesse âmbito, bem como a sua importância, e posteriormente descrevê-lo, de modo a permitir compreender melhor a realidade dos cuidados prestados em contexto domiciliário.

O meio para a realização do estudo, sendo fora de ambiente laboratorial, designou-se por meio natural.

Neste contexto, definiu-se como meio o ACES da região de Lisboa.

População e Amostra

A determinação da população e da amostra para o estudo foi condicionante para a viabilidade das conclusões. Por este motivo foi importante conhecer previamente a população, sob a qual incidiu este estudo.

Qualquer estudo necessita da determinação objetiva e concreta da população a ser estudada. A esta população designa-se por população alvo. Esta definição, segundo (cit. por Fortin 1999:202) é a “ (...) *população particular que é submetida a um estudo* (...)”. Assim, a população-alvo deste estudo, foram os enfermeiros que exercem funções na UCC.

De acordo com (cit. por Fortin, 1999:202) a população acessível “ (...) *deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador.*” Assim, a população acessível foi constituída pelos enfermeiros da UCC, quanto ao período de colheita de dados, esta decorreu durante os meses de estágio.

Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o **questionário fragmentado** de forma a medir várias variáveis. (**Apêndice II**)

Antes de entregar o questionário aos participantes do estudo, e de forma a obter um maior rigor científico nos dados colhidos para a realização do mesmo, decidiu-se elaborar um pré-teste.

O pré-teste é definido “ (...) *como a medida de uma variável efetuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental, é um ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala (...)* ” (cit. por Fortin, 1999).

As perguntas que constituíram o questionário foram de vários tipos. Existiram quatro questões dicotómicas (questões nº2, nº3, nº5, nº6) e as restantes seis questões de pergunta aberta (questões nº 1, nº 2 a nº4, nº5a). No campo de estudo, os questionários foram distribuídos e recolhidos, diretamente e num prazo de cinco semanas.

6.1.6-Análise dos dados

Tratamento dos Dados

Para iniciar a análise de conteúdo estabelecemos um conjunto de condições. Foram elas:

Definição de questões orientadoras: quais as patologias na área da saúde mental, se existiam necessidades de cuidados, que tipo de cuidados, se eram acompanhados por algum profissional, que tipo de intervenção e se se considerava importante uma intervenção, que tipo de ganhos em saúde e se houvesse um projeto na área da enfermagem de saúde mental, se seria solicitada a colaboração do enfermeiro especialista.

De forma a dar resposta a **Questão do estudo**:

- *Quais as necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria têm os utentes e seus cuidadores informais na comunidade (UCC);*
- *Que intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria podem ser desenvolvidas aos utentes da UCC e aos cuidadores informais.*

Deste modo, recorreu-se à análise de conteúdo como técnica para tratar os dados obtidos no decorrer do estudo.

A análise de conteúdo pressupõe que seja efetuada a codificação dos dados, tendo como base os objetivos e o objeto da pesquisa. Esta codificação, segundo Holsti, (cit. por Bardin,

1977:103), consiste no processo “(...) *pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo*”. Deste processo obtive vários tipos de unidades, nomeadamente as unidades de contexto, as unidades de registo, pelo que considerei pertinente definir o seu conceito.

O tratamento de dados por estatística descritiva teve como finalidade a organização e a síntese de dados, para uma posterior interpretação dos mesmos.

Os dados que se obtiveram através da aplicação do questionário, foram analisados quantitativamente e qualitativamente. Os dados recolhidos foram, tratados com recorrência ao programa informático Excell, e tratados através de análise descritiva, sendo depois apresentados, respetivamente através de gráficos.

Análise e discussão dos dados

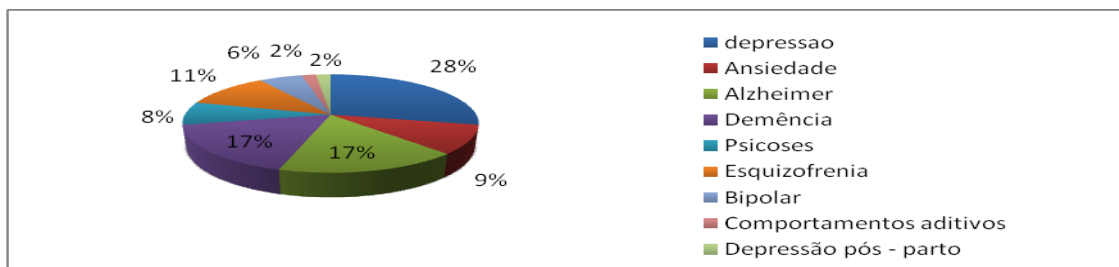
Neste capítulo descrevemos os resultados obtidos através da análise e discussão dos mesmos.

A fonte da origem das tabelas e gráficos apresentados não consta anexada aos mesmos, pois os dados foram obtidos a partir do questionário aplicado neste mesmo estudo.

Análise

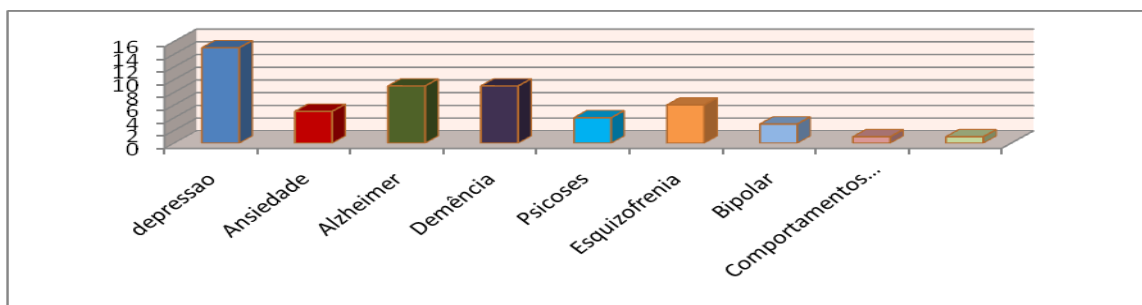
Questão 1: -Quais as patologias na área da saúde mental que identifica em programa de cuidados domiciliários?

Gráfico I- Percentagem das patologias na área da saúde mental identificada no programa de cuidados domiciliários



Verificou-se uma maior percentagem na depressão (28%), no entanto as demências e o Alzheimer em conjunto apresentavam uma percentagem de 34%.

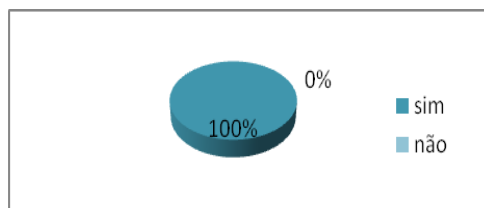
Gráfico nº II -- patologias na área da saúde mental identificadas no programa de cuidados domiciliários



A partir do gráfico n.º II verificou-se que os inquiridos referiam como a principal patologia identificada no programa de cuidados domiciliários, a depressão (15), a demência e a Alzheimer (18).

Questão 2- Considera que existem necessidades de cuidados especializados na área da enfermagem de saúde mental ao utentes /família em contexto de domicílio?

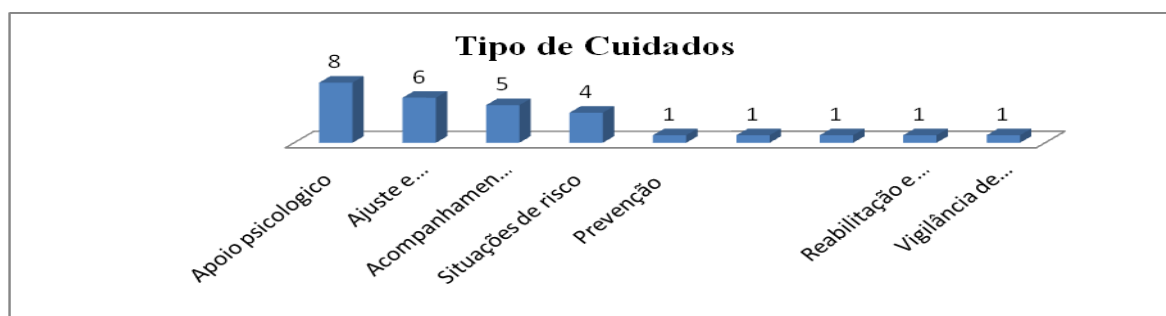
Gráfico nº III- As necessidades de cuidados especializados na área da enfermagem de saúde mental aos utentes/família em contexto de domicílio.



Verificou-se no gráfico nº III que 100% dos enfermeiros considerava a necessidade da existência de cuidados de enfermagem em saúde mental no domicílio.

Questão 2 a) - Se sim, que tipo de cuidados?

Gráfico nº IV- tipo de cuidados



A partir do gráfico nº IV observou-se que o Apoio psicológico representava maior percentagem em relação a outros cuidados.

“**Apoio psicológico** família/utente” – **47,1%** (8)

“**Ajuste e controlo da medicação**” – **35,3%** (6)

“**Acompanhamento** família/utente” – **29,4%** (5)

“**Despiste situações de risco**” – **23,5%** (4)

“Atividades no âmbito da **prevenção** da doença mental” – **5,9%** (1)

“**Apoio especializado** e direcionado à patologia mental” – **5,9%** (1)

“**Promoção à adaptação** do utente o que leva à aceitação da doença” – **5,9%** (1)

“Práticas terapêuticas visando a **reabilitação e reinserção social**” – **5,9%** (1)

“**Vigilância de recidivas de depressão**” – **5,9%** (1)

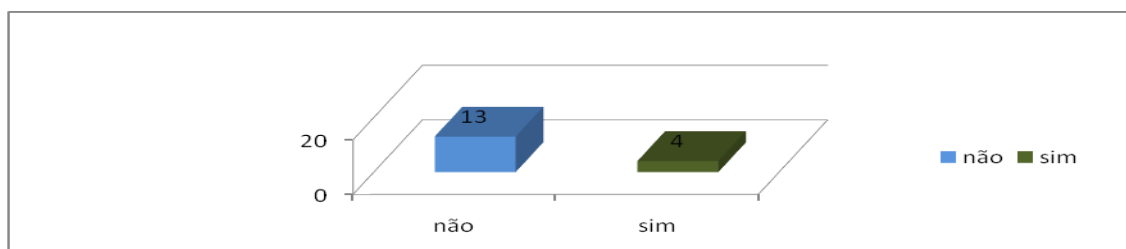
Respostas mais significativas a questão 2 A);

Q6 “*promover adaptação do utente e da família nos processos de transição da saúde doença (aceitar a doença), apoio a família na fase de luto, identificação precocemente potenciais problemas (ex de depressão do idoso) e apoio psicológico.*”

Q11 “*cuidados que proporcionar a escuta e a valorização da pessoa com doença mental, praticas que possibilita a reabilitação e reinserção social.*”

Questão 3: Os utentes com necessidades de cuidados de saúde mental são acompanhados por algum profissional com especialidade na área?

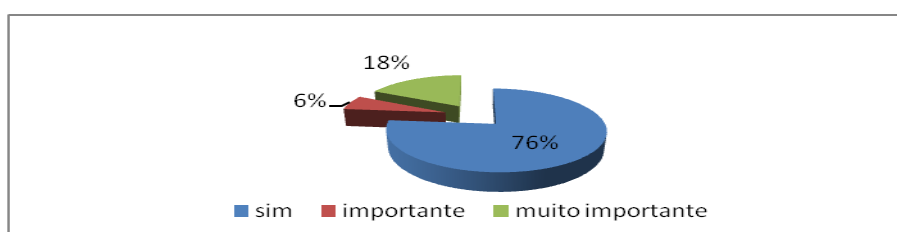
Gráfico nº V – Os utentes com necessidades de cuidados de saúde mental são acompanhados por algum profissional com especialidade na área?



Verificou-se que em 17 enfermeiros apenas 4 referiam que os utentes tinham acompanhamento de técnico na área da saúde mental.

Questão 4: Considera importante uma intervenção na área da enfermagem de saúde mental?

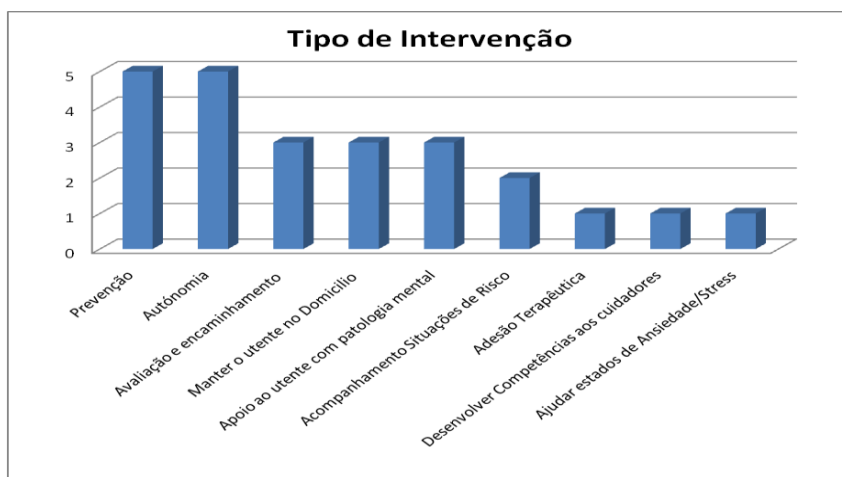
Gráfico nº VI Considera importante uma intervenção na área da enfermagem de saúde mental?



No gráfico nº VI observou-se que 76% (13) responderam “Sim”, 18% (3) referiram ser “Muito importante” e 6% (1) referiu ser Importante, uma intervenção na área da enfermagem de saúde mental.

Questão 4 a) Se sim, que tipo de intervenção?

Gráfico nº VII – tipo de intervenção



A partir do gráfico nº VII verificou-se que a prevenção e autonomia (5) e o encaminhamento com avaliação (3) eram as intervenções mais sentidas.

“Intervenções no âmbito **preventivo**” – **29,4%** (5)

“Intervenção junto do utente/família de forma como lidar com a doença e o tornar o mais **autônomo** possível” – **29,4%** (5)

“**Avaliação e encaminhamento** dos utentes com patologias mentais” – **17,6%** (3)

“As intervenções que permitam **manter o utente no seu domicílio** com o apoio da família sem necessidade de institucionalização” – **17,6%** (3)

“**Apoio ao utente com patologia mental**” – **17,6%** (3)

“**Acompanhamento** do utente/família em **situações de risco**” – **11,8%** (2)

“Acompanhamento da **adesão terapêutica**” – **5,9%** (1)

“**Desenvolver** algumas **competências** aos cuidadores formais e informais” – **5,9%** (1)

“**Ajudar** o utente/família em **estados de ansiedade/stress**” – **5,9%** (1)

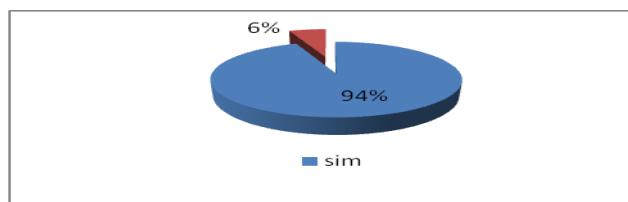
Respostas mais significativas a questão 4 A);

Q9 “*orientar os familiares, interagir no ambiente familiar, intervir nas situações de crise e prevenir nos problemas de saúde mental.*”

Q15 “desenvolver competências nos cuidadores informais e formais, ajudar o doente e família em estados de ansiedade e stress.”

Questão 5: Prevê ganhos em saúde para a utente e sua família?

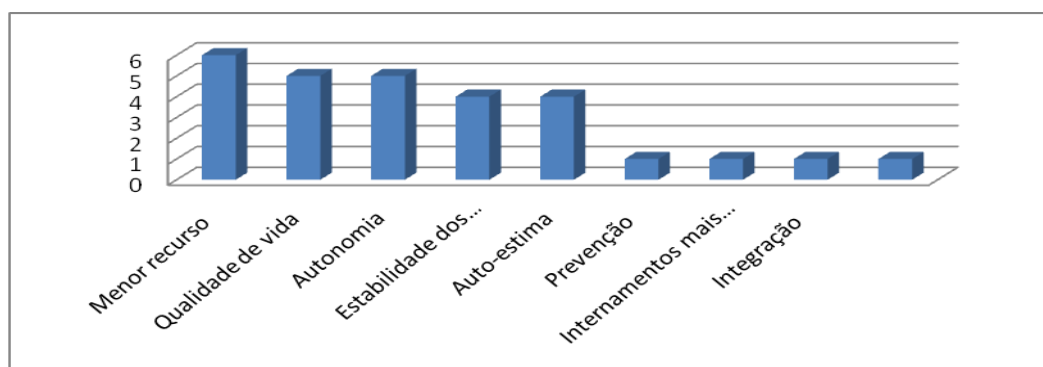
Gráfico nº VIII- Ganhos em saúde para a utente e sua família



Observou-se que no gráfico nº VII 96% dos inquiridos previa ganhos em saúde para o utente e a sua família e (6%) não respondeu à pergunta.

Questão 5 a) Que ganhos em saúde?

Gráfico nº IX – Que ganhos tipo de ganhos em saúde?



Verificou-se que no gráfico nº IX a utilização de recursos (6) inadequados apresentava maior n.º de respostas, seguido do aumento da qualidade de vida (5).

“**Menor recurso** inadequado aos serviços de saúde” – **35,3%** (6)

“Aumento da **qualidade de vida**” – **29,4%** (5)

“**Autonomia**” – **29,4%** (5)

“Maior controlo e **estabilidade dos utentes/família**” – **23,5%** (4)

“**Autoestima**” – **23,5%** (4)

“Maior **prevenção** das doenças mentais” – **5,9%** (1)

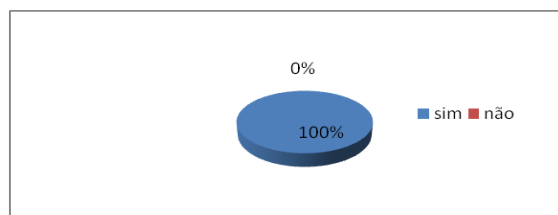
“**Internamentos mais curtos**” – **5,9%** (1)

“Provável **integração** na comunidade” – **5,9%** (1)

“Redução na quantidade de medicação necessária para o controlo das situações” – 5,9% (1)

Questão 6: Se houvesse um projeto na Prestação de cuidados na área da Enfermagem de saúde mental, solicitaria a sua colaboração para a intervenção/plano terapêutico?

Gráfico nº X - Se houvesse um projeto na Prestação de cuidados na área da Enfermagem de saúde mental, solicitaria a sua colaboração para a intervenção/plano terapêutico?



Analisando este gráfico observou-se que 100% dos inquiridos solicitariam a colaboração para a intervenção/plano terapêutico, se houvesse um projeto na prestação de cuidados na área da enfermagem de saúde mental.

Questão: Sugestões

Dos 17 questionários houve 4 sugestões:

Q4 “*formação dos colegas para lidar de forma mais eficaz enquanto não há resposta especializada.*”

Q7 “*alguém para encaminhar e fazer diagnóstico da situação.*”

Q10 “*criação de uma equipa de saúde mental essa equipa poderia existir no agrupamento de C.S, reuniões com as equipas comunitárias a fim de uniformizar cuidados e discussão de casos.*”

Q17 “*que os enfermeiros que fizeram a especialidade, não se confinam ao Hospital e C.S mas sim possam trabalhar na comunidade diretamente com a equipa de cuidados na comunidade.*”

Discussão

Questão 1: -Quais as patologias na área da saúde mental que identifica em programa de cuidados domiciliários?

Segundo as respostas a esta questão, a patologia considerada mais frequente foi a depressão (28%). No entanto as demências e o Alzheimer em conjunto apresentaram uma percentagem de (34%), pelo que por vezes o diagnóstico nem sempre foi corretamente

avaliado sendo secundário a outras patologias, passando despercebido na fase inicial da doença.

Questão 2-Considera que existem necessidades de cuidados especializados na área da enfermagem de saúde mental ao utentes /família em contexto de domicílio?

Relativamente a esta resposta, verificou-se que foi unânime a necessidade de cuidados de enfermagem de saúde mental visto que o sentimento presente era de que se tratava de uma área de urgente intervenção.

a)Se sim, que tipo de cuidados?

Os cuidados sentidos pelos enfermeiros tiveram como principal foco o apoio psicológico, que acabou por ser um pouco vago, pois emergiu da necessidade de que algum enfermeiro com formação se ocupasse desse tipo de apoio aos utentes e família.

Outra necessidade sentida foi no controlo e ajuste de medicação de psiquiatria de forma a que os utentes fossem acompanhados com cuidados especializados.

Questão 3: Os utentes com necessidades de cuidados de saúde mental são acompanhados por algum profissional com especialidade na área?

Em relação a esta questão os recursos na área da saúde mental eram escassos, tendo em conta as necessidades existentes na comunidade.

Questão 4: Considera importante uma intervenção na área da enfermagem de saúde mental?

Dos enfermeiros que responderam ao questionário, todos acharam que uma intervenção na área da saúde era importante, sendo que 3 consideraram ser muito importante uma intervenção nesta área.

a) Se sim, que tipo de intervenção?

As intervenções mais sentidas foram na área prevenção, procura da autonomia, avaliação das situações e no encaminhamento para os recursos que pudessem satisfazer as necessidades dos utentes seguidos nos cuidados na comunidade, de forma a manter o utente no domicílio e estável, com acompanhamento da família, na gestão do risco e crise, terapêutica e desenvolvendo as competências do cuidador.

Questão 5: Prevê ganhos em saúde para a utente e sua família?

Foi sentido pelos enfermeiros que na prestação de cuidados na área da saúde mental existiriam ganhos em saúde.

a) Que ganhos em saúde?

Aquando da avaliação dos casos, a utilização inadequada dos recursos existentes (não sendo tratados por técnicos especializados), estes não foram resolvidos, levando ao desgaste dos técnicos, diminuindo a qualidade de vida dos utentes, sendo que a sua autonomia ficava afetada. Por não estar a ser resolvido o seu problema de forma correta, a família ficava instável e em sobrecarga.

Questão 6: Se houvesse um projeto na Prestação de cuidados na área da Enfermagem de saúde mental, solicitaria a sua colaboração para a intervenção/plano terapêutico?

É unânime entre os enfermeiros que um projeto nesta área seria importante, sendo um recurso que poderiam utilizar e solicitar ajuda na prestação de cuidados e na resolução de problemas que de outra forma podesse levar a uma sobrecarga e tornar-se desgastante para a equipa, por ser uma área de intervenção para o qual não estavam preparados e/ou habilitados.

Sugestões:

Como sugestões foi reforçada a ideia de uma equipa de saúde mental no Agrupamento com objetivo de consultoria, formação, avaliação e encaminhamento das situações de saúde mental e que se encontrasse na prática clínica.

Em Síntese:

Após a análise dos questionários concluiu-se que existia a necessidade de um projeto baseado na prestação de cuidados de enfermagem na saúde mental, focalizado nas demências e depressão, na área da prevenção, do diagnóstico, encaminhamento e autonomia com apoio à família na gestão da crise.

Concluiu-se, ainda que, a formação e consultoria nos cuidados de enfermagem de saúde mental seriam fundamentais na equipa cuidados na comunidade.

6.1.7-Diagnóstico da situação

O objetivo deste projeto foi prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental à pessoa/família/Comunidade com necessidades de cuidados especializados de enfermagem de saúde mental, sendo especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação e

reabilitação aos processos de saúde e doença, em especial idosos com demência e em risco de depressão.

Verificou-se ainda as seguintes necessidades, nesta área:

- Fornecer informação e formação dos enfermeiros do ACES região de Lisboa;
- Prestar cuidados de saúde mental ao utente com quadro de demências e Depressão no idoso;
- Prestar cuidados de saúde mental aos cuidadores informais na demência e familiares com utentes fase terminal;

6.2 – ETAPA DE PLANEAMENTO

Esta etapa do planeamento foi a terceira etapa do PIS de forma a darmos resposta aos resultados obtidos, definindo as atividades necessárias de modo a atingir os objetivos, bem como os recursos a utilizar.

6.2.1-Questões éticas no planeamento

Nesta fase de planeamento do projeto e ao termos decidido os objetivos deste, as atividades e estratégias para darmos resposta ao diagnóstico da situação, teve-se em conta os princípios éticos básicos, representando o respeito por determinados valores – a autonomia, o seu bem-estar, a equidade.

“Os cuidados diários às pessoas que sofrem da doença de Alzheimer levam a enfermeira a ter que enfrentar importantes problemas éticos, que têm repercussões nos direitos e nos valores das pessoas com demências.” (cit. por Phaneuf, 2010: 375)

Estes princípios são da Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça e da Princípio da Vulnerabilidade.

Não possuem uma ordem hierárquica particular, devendo ser interpretados casuisticamente, de acordo com cada circunstância específica:

● Princípio do respeito pela autonomia

A autonomia em relação à ética significa a capacidade e a faculdade de um utente se auto governar, de decidir, de avaliar, de legislar sobre a sua vida e porque traduz a vontade da pessoa.

Este princípio da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais e prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas, decisões, verdadeiramente autónomas e livres, independentemente das circunstâncias.

“O princípio do respeito pela dignidade dos doentes assenta na obrigação moral de os considerar como pessoas por inteiro, tendo necessidades particulares, isto é, sujeitos e não objetos de cuidados que a enfermeira desloca e manipula sem consideração. Este princípio significa também que a enfermeira deve preservar o pudor e a intimidade das pessoas de quem cuida.” (cit. por Phaneuf, 2010: 377)

Um dos princípios mais importantes em ética é o da autonomia. Nos cuidados de saúde a autonomia pode ser vista como a liberdade de tomar decisões acerca de si próprio, sem a interferência de outros. É obrigação dos profissionais de saúde respeitar os valores, pensamentos e ações dos utentes e não permitir que os seus próprios valores ou sentimentos influenciem as decisões.

Deste modo, devemos ter sempre uma visão holística da autonomia do indivíduo, pois abordar a pessoa como fim e não como meio, é uma das condições do cuidar (Watson, 2002).

“Respeitar a autonomia de uma pessoa, é permitir-lhe viver este valor, respeitar o seu pensamento, as suas ações e autoriza-la a decidir por si mesma. Na pessoa com Alzheimer, esta autonomia é relativa às suas capacidades de compreender e decidir.” (cit. por Phaneuf, 2010:377)

● **Princípio da Beneficência**

O princípio da beneficência é aquele que defende a realização do bem-fazer. Este inclui o da não maleficência, a obrigação de além de promover efetivamente o bem, evitar e remover o mal.

Segundo Phaneuf (2010:380) *“O princípio da beneficência conduz antes a cuidadora a fazer escolhas tão adaptadas quanto possível ao estado, aos hábitos e às expectativas do doente. O que importa na aplicação destes princípios, é sobretudo evitar o constrangimento e a violência e encontrar os meios que permitem agir para o maior bem do doente. (Phaneuf, 2006) ”*

● **Princípio da não Maleficência**

Este princípio está relacionado com o da Beneficência, é igualmente necessária ponderação e comparação dos riscos e benefícios, para se tomar a decisão mais apropriada a evitarem ações que prejudiquem os utentes.

“A enfermeira tem obrigação de impedir ou de diminuir, o mais possível, a dor, a frustração e o constrangimento que os cuidados possam provocar. Este princípio leva-a, por conseguinte, a interrogar-se sobre as vantagens e os inconvenientes de certos tratamentos e de certos cuidados.” (cit. por Phaneuf, 2010:380)

● **Princípio da Justiça**

Este princípio refere que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo.

Este é o princípio que leva a que se respeitem os direitos dos utentes e, a procurar os tratamentos mais adequados para estes, visando manter o respeito pela sua dignidade.

“Admite-se que numa situação difícil, a enfermeira deve tomar a defesa do doente. Com efeito, esta defesa, quer dizer o seu papel de pleitear ou de advocacy, constitui um dos valores fundamentais da enfermagem e ocupa um lugar importante no seio dos princípios da ética em enfermagem.” (cit. por Phaneuf, 2010:379)

● **Princípio da Vulnerabilidade**

Corresponde à vulnerabilidade face à doença, neste caso ao quadro demenciais e dos seus cuidadores informais Esta situação exige uma maior atenção e atuação sobre os grupos de maior risco, nomeadamente os idosos. Este grupo caracteriza-se pela sua incapacidade temporária ou definitiva em defender os seus direitos ou que sejam defendidos pelos seus cuidadores. Assim é dever do salvaguardar a igualdade de direitos, através do cumprimento da legislação específica, que existe para cada um dos grupos vulneráveis e de forma a promover ou manutenção da sua qualidade de vida.

Assim, se entende que, assume o papel de defensor dos seus direitos, se apresente como ponderado, se equacionar sobre a melhor forma de apoiar a que utente e sua família.

6.2.2-Justificação da escolha da intervenção

Planeámos as seguintes intervenções:

Consultas de enfermagem de saúde mental utente/família serão marcadas para o utente/família conforme as necessidades, e têm a duração de cerca de 60 a 90 minutos. Após cada visita domiciliária é necessário cerca de 15 minutos para refletir, escrever o registo e redefinir intervenções sobre cada situação vivida.

As consultas de saúde mental – é um espaço onde se efetua a colheita de dados possível do utente e família, estabelecendo-se uma relação de ajuda, onde se definem, em conjunto, estratégias de intervenção, de forma a alcançar as necessidades com o seu novo papel de cuidador.

O Desenvolvimento cognitivo aos utentes com quadro de demência e a sua orientação para a realidade consiste na orientação em todas as suas referências, como pessoa, tempo e espaço, com aplicação de estratégias e ensino à família. Este exercício pode ser feito diariamente. A desorientação desencadeia receios que podem ser precipitados, lapsos de memória e funcionalidade nas atividades da vida diária.

As estratégias de realce de memória incluem o estabelecimento de objetivos a curto e médio prazo, com o utente e família, estimulando as atividades lúdicas e recreativas, de forma à minimização dos défices existentes mantendo um círculo social e papéis familiares.

“A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos doentes com demência e das suas famílias tem contribuído para o desenvolvimento de programas específicos de reabilitação. Os programas de estimulação cognitiva têm como objetivo maximizar as funções intactas e aumentar os recursos das funções, que apesar de diminuídas não estão completamente perdidas, para que o doente veja o tempo de autonomia funcional prolongado. O plano terapêutico a implementar deverá sustentar-se na avaliação neuropsicológica, contudo salienta-se o facto de não existir consenso sobre a eficácia desta abordagem (Guerreiro, 2005).” (cit. por Pereira, 2009:29)

Os tratamentos privilegiam o aumento do funcionamento dos utentes com demência (incluindo a modificação do ambiente no domicílio, quer na prestação de cuidados de saúde, na comunicação como a terapia reminescente, e a modificação comportamental).

“Os programas de treino têm como objetivo aumentar a competência do cuidador para cuidar do doente e baseiam-se em três princípios: educação, prática e aconselhamento. Capacitar o cuidador para cuidar equivale a um processo dinâmico que se desenvolve nos

domínios cognitivo, motor e afetivo. O cuidador tem necessidade de compreender a relação existente entre as perdas cognitivas, a incapacidade funcional e as perturbações comportamentais, para encontrar a melhor forma de lidar com o doente (Melo, 2004).” (cit. por Pereira, 2009:68)

Avaliação de diagnóstico com aplicação de escalas (Exemplo MMS, QASCI, DGS).

“Perante um quadro demencial, diagnosticado ou não, a falta de informação pode ser motivo de recurso a um serviço de saúde, como necessidade expressa da família ou de forma indireta. Muitos familiares sabem que a demência causa limitações cognitivas, mas não compreendem os défices executivos, o significado de uma apraxia ou a sintomatologia delirante.” (cit. por Sampaio, 2011:5)

O **Encaminhamento/referenciação** passa pela orientação do utente/família para os recursos quer Hospitalares/comunitários mais apropriados, tendo em conta o problema identificado de saúde mental, com a respetiva carta de encaminhamento e com o registo necessário de forma a não ser perdida informação.

A referenciação e o encaminhamento podem ser para o médico de família, psiquiatra e/ou neurologista.

A sociedade tem um papel importante na ajuda ao cuidador de um doente de Alzheimer.

Para isso é necessário que existam profissionais com formação adequada sobre a doença e informação sobre os instrumentos médicos e sociais disponíveis para ajudar os utentes e seus cuidadores.

“Reforçando o problema, persiste a insuficiência dos cuidados formais e a sua pulverização por diferentes serviços, com articulação deficiente, como é ainda frequente em Portugal: cuidados primários; cuidados hospitalares (Medicina Interna, Neurologia, Psiquiatria e Saúde Mental), em ambulatório ou internamento, de duração prolongada ou curta, com eventual “porta giratória” por via dos serviços de urgência; setor público e privado, ou IPSS.” (cit. por Sampaio, 2011:3)

Nas **Reuniões de consultoria** pretende-se que estejam presentes as assistentes sociais da Santa Casa da Misericórdia, a equipa multidisciplinar (psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social do ACES, enfermeiros especialistas de Reabilitação e enfermeiros de cuidados gerais). Estas reuniões consistem na discussão de casos clínicos com definição do projeto terapêutico para cada utente.

“A existência de profissionais de saúde bem informados sobre a demência, capazes de uma intervenção humana e criativa e de cuidadores esclarecidos e apoiados tecnicamente, constituem elementos fundamentais na prevenção e controlo da incapacidade e dependência do doente com demência. Nenhuma intervenção resultará em benefício para o doente se o cuidador não for devidamente apoiado e integrado na equipe de cuidados (Melo, 2005). Os cuidadores necessitam que os profissionais dos sistemas formais atuem como consultores e potencializem as suas habilidades pessoais para que aprendam não só a cuidar do seu doente, mas também a cuidar de si.” (cit. por Pereira, 2009:72)

“O trabalho de consultoria é concedido como o apoio dado por um especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria (no papel de consultor) a outro enfermeiro (como consultante) ,responsável por um utente com problemas psicológicos prévios ou resultante do atual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença”Lopes e Viegas 1997,p.39.” (cit. por Carvalho 2010:39)

O Processo de aconselhamento, de certa forma, poderá facilitar a realização das opções das quais depende o desenvolvimento interior da pessoa, de modo a promover o desenvolvimento através de escolhas certas. Pode-se aplicar a educação, prevenção, de apoio, situacional, voltado para a solução de problemas.

“O objetivo do aconselhamento, concebido amplamente, é capacitar o cliente a dominar situações da vida, a desenvolver atividades que produzam crescimento e a tomar decisões eficazes. Como resultado do processo, aumenta o controlo do indivíduo sobre as adversidades atuais e as oportunidades presentes e futuras”. (cit. por Patterson, 1988: 01)

“A prática da psiquiatria geriátrica (na demência em particular) associa-se, assim, à necessidade frequente, nem sempre atendida, de trabalhar com famílias de forma consistente. A fragilidade ligada ao envelhecimento é potenciada pelas consequências clínico-funcionais da demência, sendo mais provável a indicação para intervenções familiares. Envolver a família pode ser uma forma de melhor ajudar o “doente”, para além de atender às necessidades próprias, não negligenciáveis, dos familiares.” (cit. por Sampaio, 2011:6)

“Os profissionais de enfermagem devem ser conscientes da importância do seu papel na promoção da saúde e bem-estar dos cuidadores informais. Para isso é fundamental a monitorização do nível de sobrecarga física, mental e social e do bem-estar psicológico, a

identificação de cuidadores em situação de risco e a orientação do cuidador no desempenho das suas funções.” (cit. por Pereira, 2009:174)

A **Psicoeducação** permite ao utente /família ter um papel ativo no decorrer da intervenção, transformando-a num agente consciente e informado durante todo o seu processo terapêutico, ou seja, num ser mais sensibilizado sobre a realidade patológica que o envolve.

“Modo geral, a psicoeducação familiar só deverá ser implementado mediante criteriosa avaliação inicial, cingindo-se a objetivos claros e aferidos de forma periódica.” (cit. por Sampaio, 2011:8)

A abordagem psicoeducativa baseada nos princípios da relação de ajuda profissional percebe o sofrimento emocional das famílias como um alvo a reduzir (foco de atenção para a prática de enfermagem): escutar, compreender e informar as famílias.

“A psicoeducação familiar visa, em específico, desenvolver conhecimentos e competências para lidar com o quadro demencial, diminuindo os níveis de “stress” na família, podendo eventualmente incidir na saúde mental positiva dos cuidadores”. (cit. por Sampaio, 2011:3)

As **Visitas com a equipa multidisciplinar** podem ser efetuadas quer pelo Médico de família, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista e Assistente Social da UCC, dependendo da necessidade dos utentes e da minha avaliação.

“O projeto de manter um doente no domicílio é necessariamente pluridisciplinar, existindo a necessidade de articular os saberes de diferentes grupos profissionais. O apoio no domicílio do doente e cuidador deve centrar-se numa perspetiva holística, na qual o principal objetivo é manter o doente no mais alto nível de independência possível, minimizando as perturbações comportamentais, num ambiente pouco restritivo, tendo como referência as seguintes linhas orientadoras: manter a máxima qualidade de vida; apoiar as famílias e os doentes nas suas casas; minimizar a morbilidade associada; diminuir o sofrimento; melhorar a autoestima e a integridade pessoal; otimizar a papel da família e dos cuidadores na prestação de cuidados (Abraham et al., 1994).” (cit. por Pereira, 2009:64)

Segundo Carvalho (2010:40) o enfermeiro de consultadorias e de ligação desenvolve assim competências de formador, pela que deve estar consciente e seguro dos seus conhecimentos e saberes, pois ... *“com atividade criam-se espaços de reflexão e troca se*

experiências que, por serem caracteristicamente formativos, permitem desenvolver a prática clínica futura do enfermeiro consultado, perante uma situação semelhante Lopes e Viegas 1997,p.39.”

6.2.3-Objetivos da intervenção

Atividades/estratégias a desenvolver, indicadores de avaliação

Por atividade entende-se “o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. Uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos. As atividades podem ser subdivididas em tarefas” (Miguel, 2006).” (cit. por Assenhas et al , 2010:20)

“As estratégias referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento, ou seja, estas estão relacionadas com o conceito de eficiência nomeadamente a capacidade de aplicar corretamente a tarefa. (Rodrigues, 2003).” (cit. por Assenhas et al , 2010:20)

Fornecer Informação e Participar na Formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais do ACES na área da Saúde Mental

Atividades/Estratégias a desenvolver

- Estar presente nas reuniões com as equipas de Enfermagem para aconselhamento (consultoria) dos casos;
- Realizar visitação domiciliária, quando ou sempre que solicitado, com as equipas de Enfermagem para avaliação clínica dos casos;
- Realizar reuniões periódicas com a equipa multidisciplinar para instituir um regime terapêutico ajustado a cada caso;
- Promover ações de sensibilização e formação na área da Enfermagem Saúde Mental;
- Criar normas/procedimentos de enfermagem (algoritmo da referenciação de cuidados de saúde mental); (**Apêndice III**)

Indicadores de avaliação

- Percentagem de visitas domiciliárias enfermagem de saúde mental

$\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas com as equipas para avaliação dos casos}}{\text{Nº total de visitas domiciliárias solicitadas com as equipas para avaliação dos casos}} \times 100$

● Percentagem de reuniões de consultoria

Nº de reuniões de consultoria realizadas x 100

Nº total reuniões de consultoria solicitadas

Prestar cuidados ao utente com quadro de demências e Depressão no Idoso

Atividades/Estratégias a desenvolver

Nos cuidados diretos ao utente

- Efetuar entrevista de enfermagem de saúde mental a todos os utentes referenciados aos cuidados de saúde mental;
- Realizar atividades para desenvolver capacidades cognitivas no quadro de demência;
- Realizar uma avaliação mental aos utentes (com sinais de alteração de memória ou com alteração do humor com recurso a escalas depressão);
- Promover a saúde física dos utentes com demência;
- Manter o utente no seu meio ambiente sempre que o utente/família o deseje de modo a minimizar o impacto negativo de um ambiente estranho;
- Minimizar os riscos de danos físicos;
- Ensinar a ultrapassar as fases agudas da doença;

Avaliação de regime terapêutico

- Ensinar o utente/família na gestão da medicação;
- Avaliar a motivação do utente para o regime terapêutico;
- Avaliar a adesão terapêutica através de escala;

Referenciação ou encaminhamento do utente

- Definir dos critérios para a referenciação / inclusão no projeto;
- Elaborar uma folha de referenciação para que as equipas da UCC e das restantes unidades funcionais solicitem intervenção de enfermagem de saúde mental; (**Apêndice IV**)
- Encaminhar para o médico de família ou outro recurso (hospital, consulta externa/privada, ...) (**Apêndice V**)

Indicadores de avaliação

Percentagem de consultas enfermagem de saúde mental

$$\frac{\text{Nº de consultas de enfermagem de saúde mental realizadas}}{\text{Nº total consultas de enfermagem de saúde mental solicitadas}} \times 100$$

Percentagem de visitas domiciliárias realizadas nas 24h após referenciação

$$\frac{\text{Nº de VD de enf. de saúde mental atendidas nas primeiras 24 h}}{\text{Nº total VD de enfermagem de saúde mental}} \times 100$$

Percentagem de visitas domiciliárias realizadas entre as 24h e 48h após referenciação

$$\frac{\text{Nº de VD de enf. de saúde mental atendidas entre as 24-48 h}}{\text{Nº total VD de enfermagem de saúde mental}} \times 100$$

Percentagem de visitas domiciliárias realizadas entre as 48h e 72h após referenciação

$$\frac{\text{Nº de VD de enf. de saúde mental atendidas entre as 48-72 h}}{\text{Nº total VD de enfermagem de saúde mental}} \times 100$$

Percentagem de utentes com danos físicos

$$\frac{\text{Nº de utentes com danos físicos}}{\text{Nº total de utentes com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100$$

Percentagem de utentes/família com abandono do regime terapêutico

$$\frac{\text{Nº de utentes com abandono do regime terapêutico}}{\text{Nº total de utentes com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100$$

- Percentagem de utentes/família inseridos no projeto, que tiveram alta

$\frac{\text{Nº de utentes/família de altas do projeto}}{\text{Nº total de utentes/família com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100$

- Percentagem de referências para outro técnico

$\frac{\text{Nº total de referências para outro técnico}}{\text{Nº total de utentes com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100$

Promoção e reabilitação dos cuidadores informais na demência e familiares com utentes fase terminal

Atividades/Estratégias a desenvolver

Promoção da saúde dos cuidadores

- Avaliar dos cuidadores através de avaliação mental (colheita de dados) (**Apêndice VI**)
- Realizar programas de intervenção com os cuidadores na fase inicial (adaptação) e promoção de saúde como psicoeducação: (Partilha em grupo, Aprender pelos exemplos dos outros e Apoio mútuo (entre cuidadores);
- Aplicar escala de sobrecarga do cuidador (QASCI);
- Quantificar o grau de satisfação da família em relação aos cuidados prestados;
- Valorizar os pedidos de ajuda das famílias;
- Manter a proximidade com os cuidadores;
- Possibilitar contacto através de telefone/telemóvel para solicitação de ajuda (SOS).

Reabilitação das suas necessidades diminuídas

- Realizar intervenção com processo de aconselhamento (psicoterapêutico) aos familiares, de forma a ultrapassarem as dificuldades;
- Sensibilizar os enfermeiros da UCC para as necessidades dos cuidadores;
- Aplicar a escala de CANE aos CI;

Indicadores de avaliação

- Percentagem de VD aos cuidadores informais em sobrecarga.

$$\frac{\text{N.º VD a CI em sobrecarga}}{\text{N.º VD total de CI}} \times 100$$

- Percentagem de cuidadores informais em sobrecarga

$$\frac{\text{N.º CI em sobrecarga}}{\text{N.º total CI}} \times 100$$

- Percentagem de familiares em processo de aconselhamento

$$\frac{\text{N.º de CI em processo de aconselhamento}}{\text{N.º total de CI com necessidades de aconselhamento}} \times 100$$

- Percentagem de utentes com internamento hospitalar por sobrecarga dos cuidadores informais

$$\frac{\text{N.º total de utentes internados no hospital}}{\text{N.º total de CI em sobrecarga}} \times 100$$

- Percentagem de utentes/família com depressão

$$\frac{\text{N.º utentes/família com depressão}}{\text{N.º total utentes/família com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100$$

6.2.4-Periodicidade, duração e local da realização da intervenção

Recursos Temporais - os recursos temporais caracterizaram o tempo dispendido para a realização das intervenções realizadas, a fim de cumprir os objetivos propostos. Assim, definiu-se que:

- Os horários poderão ter alguma flexibilidade de acordo com as necessidades de intervenção psicoterapêuticas individualizadas;
- De 2ª a 6ª feira, poderão ser considerados Serviços Mínimos, a prestação de cuidados de saúde mental nas situações em que a sua saúde se encontre em risco;
- As consultas de enfermagem utente/família, serão marcadas previamente conforme as necessidades, e terão a duração de cerca de 90 minutos. Após cada visita domiciliária é necessário cerca de 15 minutos para refletir sobre cada situação vivida, bem como traçar o plano de intervenção para aquele caso;
- Na psicoeducação em grupo o tempo será de 180 minutos podendo estar sujeito a alterações;
- No processo de aconselhamento permanece desde o início da relação até ao término da relação.
- Articulação com outros profissionais de saúde e recursos comunitários, sempre que necessário.

6.2.5-Recursos necessários

Para tornar possível a realização de um projeto, é fundamental definirmos os recursos que seriam utilizados. Consideramos essenciais os recursos organizacionais, materiais, humanos, pessoais e temporais.

Os meios consistem” *na determinação de quais os recursos - pessoa, equipamentos, materiais necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto*” (Miguel, 2006). ” (cit. por Assenhas et al , 2010:21)

Recursos Organizacionais - os recursos organizacionais dizem respeito a instituição onde será realizada a aplicação do projeto, quer no local, em gabinete ou sala de reuniões, quer em contexto domiciliário.

Recursos Materiais - os recursos materiais dizem respeito ao material necessário durante a realização do projeto, que neste caso se torna fundamental, um conjunto de recursos para execução do projeto as Unidades Funcionais do ACES; Local de residência dos utentes; Material utilizado na prestação de cuidados; Protocolos e normas do ACES; Processo dos utentes inscritos; Gabinete (para a realização das consultas de enfermagem); Computador; Impressora; Telefone Fixo; Material de escritório; Sala de reuniões para a psicoeducação em grupo; Veículo para visita domiciliária; Um telemóvel (se possível).

Recursos Humanos - os recursos humanos dizem respeito às pessoas diretamente ou indiretamente envolvidas na execução deste projeto, quer ao nível da gestão, quer ao nível da manutenção ou ao nível da prestação de cuidados tais como Direção executiva; Conselho clínico; Coordenadores das Unidades Funcionais; Enfermeiros da UCC; Enfermeiros das UCSP/USF; Médicos do ACES; Administrativos do ACES; Terapeuta ocupacional; Fisioterapeuta; Psicóloga; Nutricionista; Assistente social; Utentes inscritos no ACES; Utentes com demência e depressão; CI; Equipa médica e de enfermagem hospitalar/consulta externa/consulta privada.

Recursos Pessoais - os recursos pessoais dizem respeito ao investimento que será preciso fazer para que se possam cumprir os objetivos propostos para o projeto. Para tal consideramos ser necessária uma grande motivação pessoal, dedicação e empenho, bem como disponibilidade para atingir os objetivos propostos.

Parcerias na área da saúde mental são fundamentais para uma boa resposta social e para conhecer os recursos existentes na área social. Para que isso aconteça é necessário que se conheçam todos os recursos do concelho e estabelecer protocolos existentes com algumas instituições, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia, as autarquias, os municípios, as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), de forma a dar uma resposta mais adequada e adaptada às necessidades de cada utente/ família quer as unidades hospitalares de referência do ACES.

6.2.6-Proposta da intervenção à equipa

Durante o projeto, a Intervenção, foi divulgada de forma informal, durante a discussão dos casos clínicos com definição do projeto terapêutico para cada utente, quer em contexto domiciliário, quer em contexto de reuniões, com assistentes sociais (da Santa Casa da Misericórdia e/ou centros sociais) ou com a equipa multidisciplinar (psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiros especialistas de Reabilitação e enfermeiros de cuidados gerais).

6.3-ETAPA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

“A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, “um esforço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída (Carvalho e tal., 2001; Nogueira, 2005) ” (cit. por Assenhas et al, 2010:23)

6.3.1-Questões éticas na execução da intervenção

Os direitos dos utentes com quadro demencial e em risco de depressão são os mesmos de qualquer outra pessoa com necessidades de cuidados. Elas têm tudo o direito a cuidados de enfermagem de saúde mental, de qualidade que respeitem a sua dignidade e a sua liberdade, e que tenham em conta o seu estado mental.

“Os cuidados diários às pessoas que sofrem da doença de Alzheimer levam a enfermeira a ter que enfrentar importantes problemas éticos, que têm repercussões nos direitos e nos valores das pessoas com demências.” (cit. por Phaneuf, 2010:375)

Durante as intervenções dos cuidados de Enfermagem de saúde mental quer na prestação ao utente com quadro demencial ou ao cuidador informal há que fazer uma reflexão ética em todas as situações deparadas.

“Os princípios éticos ajudam a cuidadora a analisar as situações de cuidados com outros óculos, os mais respeitosos dos direitos da pessoa e da sua dignidade. Estes princípios favorecem também a clarificação de alguns dos seus valores nas suas aplicações quotidianas.” (cit. por Phaneuf, 2010:375)

Nesta fase de execução da intervenção do projeto há que ter atenção ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e ao código Deontológico.

“Consideram -se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (OE, 2007: 02)

Nas atividades planeadas e posteriormente executadas tem que ser consideradas algumas considerações deontologias.

“Na sequência de um processo de tomada de decisão, o enfermeiro pode escolher agir desta ou daquela forma (incluindo a escolha de não agir). Os processos deliberativos (de ponderar os prós e os contras) conduzem da intenção à ação e, embora em ética a intenção conte, o que se pode objetivamente avaliar é o resultado da decisão: o ato em si (seja ele omissivo ou ativo).” (cit. por Nunes, 2005:78)

O respeito pelos direitos do Homem é algo que já se encontra estabelecido na sociedade atual, assim como os deveres. Estes são inerentes ao ser humano, No entanto os direitos do

homem apresentam características específicas que são segundo Nunes (2005:69) “ *naturais e universais; imprescritíveis, inalienáveis, irrenunciáveis, invioláveis, indivisíveis e interdependentes*”.

“Os direitos das pessoas com Alzheimer são os mesmos de qualquer outra pessoa doente. Elas têm direito a cuidados de qualidade que respeitem a sua dignidade e a sua liberdade, e que tenham em conta o seu estado.” (cit. por Phaneuf, 2010:376)

“Ora, a deterioração física e intelectual deste doente não significa que não deva ser consultado, informado dos cuidados de que necessita e que estes possam ser prestados contra sua vontade.” (cit. por Phaneuf, 2010: 378)

Para a pessoa que sofre de um quadro demencial a doença tem vários estadios e muitas vezes deve-se dar explicações à medida da sua compreensão, o que lhe permite de seguida, segundo as suas capacidades, aderir ou não ao que a cuidadora informal lhe sugere.

“O princípio do respeito pela integridade da pessoa está intimamente ligado ao do respeito pela dignidade. Obriga a enfermeira a respeitar o corpo do doente, a proteger a sua vida e a sua saúde na totalidade das suas dimensões humanas: física, psicológica, relacional e mesmo espiritual.” (cit. por Phaneuf, 2010: 378)

Como enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde mental, e membros da equipa da unidade de cuidados da comunidade, encontrámo-nos numa posição privilegiada para promover a intervenção de outros profissionais. Isto porque cada vez nos quadros de demência exigiu uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional.

“Deve conhecer a situação a fim de poder tomar parte nas discussões e nas decisões. Deve igualmente estar muito bem informada sobre os princípios éticos a fim de poder discuti-los com o medico e com a equipa pluridisciplinar.” (cit. por Phaneuf, 2010:383)

6.3.2-Descrição da intervenção realizada

A execução do projeto desenvolveu-se no ACES da Região de Lisboa, na UCC.

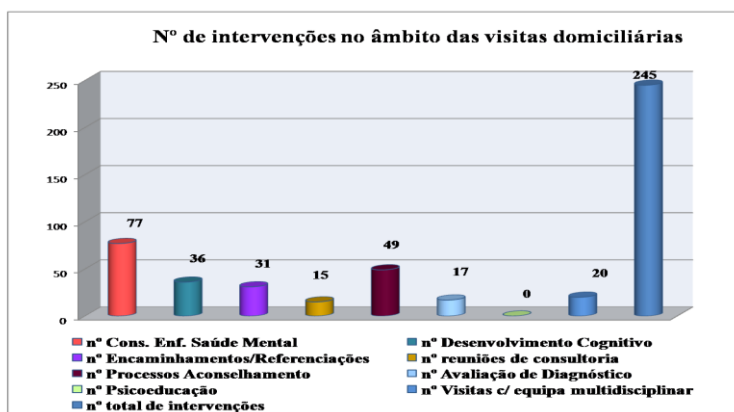
Este trabalho foi realizado de modo a dar resposta ao objetivo geral do projeto, que foi prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental à pessoa/família/comunidade com necessidades de cuidados de enfermagem saúde mental. Sendo especialmente dirigido para a promoção da saúde, adaptação e reabilitação dos processos de saúde e doença, em especial idosos com demência e em risco de depressão.

A apresentação dos dados da execução do projeto esteve de acordo com os números recolhidos ao longo do estágio.

O tratamento de dados da execução teve como finalidade a sua organização e síntese, de modo a que os resultados obtidos pudessem ir ao encontro dos objetivos estabelecidos, no início do projeto. Estes dados foram apresentados em quadros.

Intervenções no âmbito das visitas domiciliárias

Gráfico nº XI - intervenções no âmbito das visitas domiciliárias



O gráfico nº XI mostrou que das 245 intervenções efetuadas, num total de 205 visitas domiciliárias, 77 (31,4%) foram consultas de enfermagem e 49 (20%) foram intervenções de aconselhamento.

Utentes por género

Gráfico nº XII- Número de utentes por género no total das visitas domiciliárias



No gráfico nº XII verificou-se que das 205 visitas domiciliárias, 175 (85%) dos utentes eram Femininos e 30 (15%) eram Masculinos.

Consultas de enfermagem de saúde mental de 1ªvezes por grupo etário

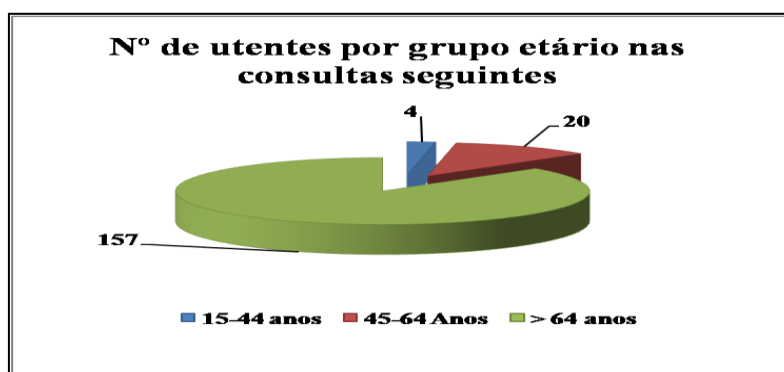
Gráfico nº XIII - utentes por grupo etário nas consultas de 1ª vez



No gráfico nº XIII verificou-se que 24 utentes tiveram consultas de enfermagem pela 1ª vez

Consultas seguintes de Continuidade

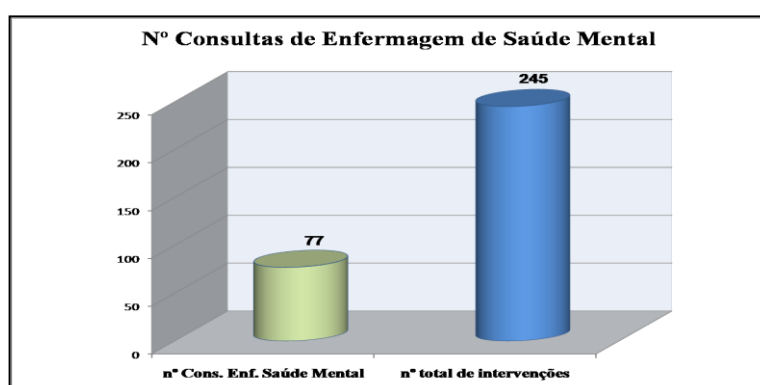
Gráfico nº XIV – nº de utentes por grupo etário nas consultas seguintes



No gráfico nº XIV observou-se que 181 intervenções foram de continuidade.

Consultas de enfermagem de saúde mental

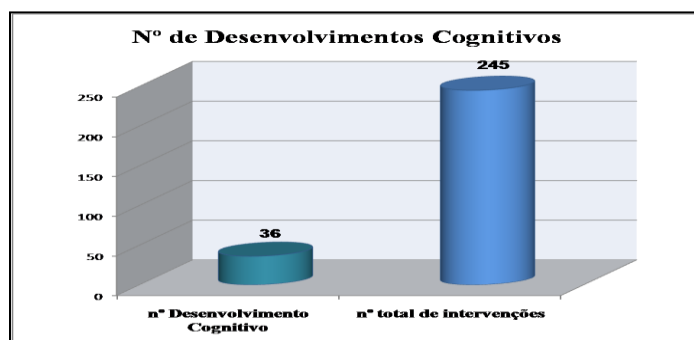
Gráfico nº XV – nº consultas de enfermagem de saúde mental



Verificou-se que 77 (31,4 %) das intervenções foram de consultas de enfermagem.

.Desenvolvimento cognitivo

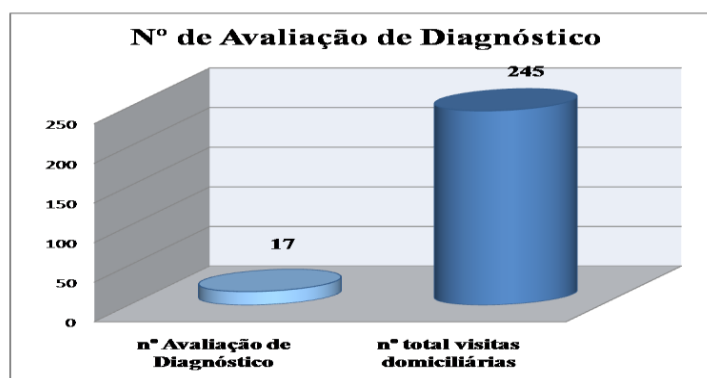
Gráfico nº XVI - desenvolvimento cognitivo



Das 36 (14,6%) das intervenções foram de desenvolvimento cognitivo.

Avaliação de diagnóstico (aplicação de escalas) -17

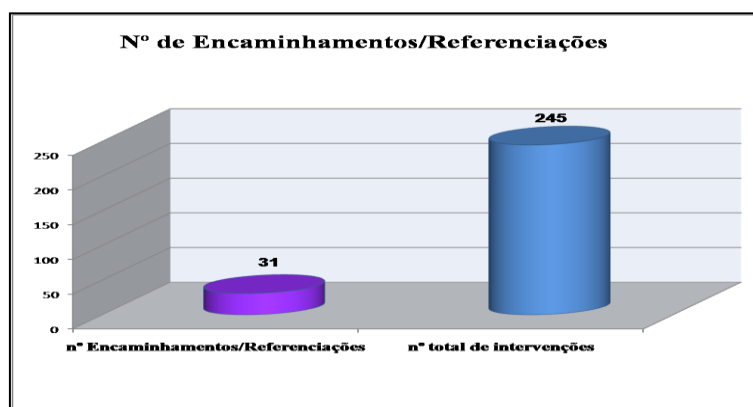
Gráfico nº XVII - Avaliação de diagnóstico



Verificou-se que foram efetuadas 17 (6,9%) avaliações de diagnóstico com aplicação de escalas (Exemplo MMS, QASCI, DGS).

Encaminhamento/referenciação

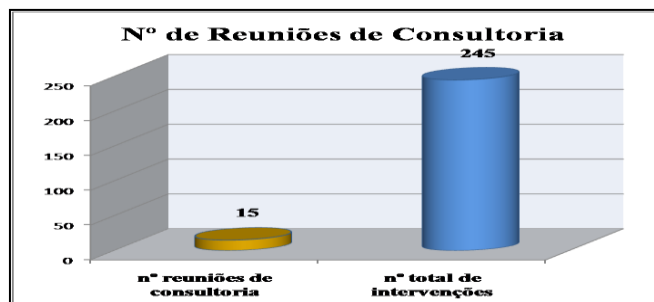
Gráfico nº XVIII - Encaminhamento /Referenciação



No gráfico nº XX observou-se que 31 (12,6%) dos casos foram encaminhados/referenciados.

Reuniões de consultoria

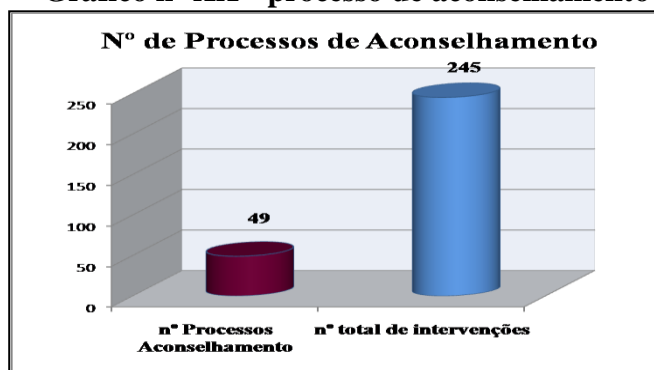
Gráfico nº XIX - reuniões de consultoria



De acordo com o gráfico anterior, concluiu-se que foram realizadas 15 (6,1%) reuniões de consultoria.

Processo de aconselhamento

Gráfico nº XX - processo de aconselhamento



Constatou-se que 49 (20%) intervenções foram de aconselhamento.

Visitas com equipa multidisciplinar

Gráfico nº XXI - Visitas com a equipa multidisciplinar



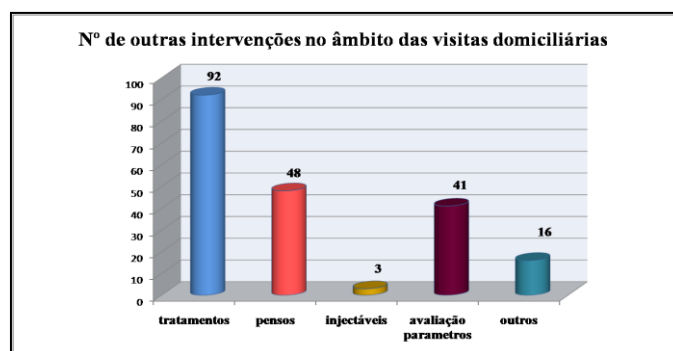
Fonte: o autor

Existiram 20 (8,1%) visitas em conjunto com equipa multidisciplinar

Outras intervenções Cuidados gerais

Outras intervenções – durante a execução do projeto, ao deslocarmo-nos ao domicílio, foi necessário realizar algumas intervenções de cuidados gerais, de forma a otimizar os recursos existentes e minimizar custos. Quando foi realizada uma intervenção com o cuidador em sobrecarga e o familiar teve necessidade de cuidados gerais, como um penso ou injeção, estes cuidados foram realizados durante o decurso dessa visita domiciliária.

Gráfico nº XXII - outras intervenções no âmbito das visitas domiciliárias



Concluiu-se que houve necessidade de efetuar 92 Tratamentos, dos quais: 48 pensos, 3 injetáveis, 41 avaliações de parâmetros (TA e glicemia) e 16 outros (como por ex. telefonemas).

“Nesta fase é esperado que o interesse seja uma constante, dado que, quanto maior for o interesse, maior será todo o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e, por conseguinte, a potencialização das diferentes competências (Nogueira, 2005).” (cit. por Assenhas et al, 2010:24)

Para que possa haver competência é necessário que se saiba mobilizar conhecimentos e capacidades de forma pertinente, no momento oportuno, e numa situação de trabalho. Em prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental reforçam-se estas competências, além de todas as outras que têm que estar mais aperfeiçoadas em ligação à relação com o utente.

6.4-ETAPA AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para proceder à avaliação das intervenções realizadas foi efetuada a análise das atividades desenvolvias através dos indicadores.

“Na avaliação de um Projeto, podem distinguir-se vários momentos. Nesse sentido, serão abordadas a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do

projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto.” (cit. por Assenhas et al, 2010:24)

6.4.1-Questões éticas na avaliação da intervenção

Na fase da avaliação do projeto à que salientar se os objetivos propostos inicialmente foram cumpridos com o dever ético, no entanto na divulgação dos resultados teve-se em consideração a manutenção do sigilo e o dever de divulgação dos resultados.

Segundo o código deontológico

Artigo 85.º

Do dever de sigilo

A obrigação de guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: *a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.*

O dever do sigilo é uma forma de preservar o direito à confidencialidade. Em relação à confidencialidade da informação na etapa de diagnóstico, a escolha dos questionários e das notas de campo tem que se assegurar a confidencialidade de toda a informação, não só a fornecida pelo enfermeiro, como pelo utente e família.

É obrigatório devolver a informação aos utentes e aos participantes sobre os resultados do estudo nas diversas fases do projeto e à direção do ACES.

No entanto a partilha de informação pelos profissionais e a divulgação do trabalho deve ter em atenção a partilha de informação para manter o anonimato.

No decorrer do projeto tivemos em conta reconhecer e respeitar o caráter único e dignidade de cada utente de forma a proteger os seus interesses e da família, disto resulta não apenas

o dever moral de reconhecer a cada ser humano a possibilidade e liberdade de desenvolver as suas capacidades, mas igualmente a obrigação política, decorrente da ética.

“Colocar o humano no centro dos cuidados e tentar agir para o seu maior bem são os grandes objetivos da ética.” (cit. por Phaneuf, 2010:376)

Estes cuidados devem decorrer com dignidade e respeito pelos seus direitos e princípios éticos, dando capacidades para que os utentes e família possam decidir e planear sobre a sua vida e sobre os seus cuidados, sentidos, imaginação, pensamento, emoções, liberdade de culto e religião, viver em comunidade, viver com outras espécies, brincar e participar no ambiente que nos rodeia.

“A formação continua, as leituras, as investigações neste domínio e as discussões em grupo constituem bons meios de evolução ao alcance de todos. Isto não é mais uma questão de escolha: é uma exigência ética e profissional.” (cit. por Phaneuf, 2010:387)

6.4.2-Fontes de dados e métodos de avaliação

Dentro de cada objetivo específico encontram-se definidas as Atividades e sua avaliação e de que modo foram atingidas.

“Na avaliação de um Projeto, podem distinguir-se vários momentos. Nesse sentido, serão abordadas a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto.” (cit. por Assenhas et al, 2010:24)

De forma a dar resposta os objetivos específicos, dos 24 utentes avaliados inicialmente, 16 utentes e respetivas famílias foram incluídos no projeto Re...Lembrar: 9 utentes com quadro de demência e 7 utentes com sintomas depressivos, das quais 8 famílias em sobrecarga do cuidador.

Avaliação pelos objetivos

“Uma das características da Metodologia de Projeto é precisamente o facto da avaliação ser contínua (Leite e tal., 1993), e permitir uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho e tal., 2001).” (cit. por Assenhas et al, 2010:24)

“De acordo com estes autores, avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a

eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).” (cit. por Assenhas et al, 2010:24)

Fornecer Informação e Participar na Formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais do ACES

“Nesta avaliação são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho elaborado e realizados os ajustes necessários. Nesta etapa deve-se questionar sobre o trabalho realizado até ao momento, grau de satisfação, sugestões para possíveis melhorias e atividades que, apesar de não estarem planeadas, podem revelar-se pertinentes para o Projeto no decorrer do trabalho no terreno. É fundamental que o(s) participante(s) entenda(m) que pode(m) (re)planear, (re)elaborar; (re)produzir; criar novas hipóteses; mudar de percursos e processos. Portanto, nada num projeto é estático (Nogueira, 2005).”
(cit. por Assenhas et al, 2010:25)

Atividades desenvolvidas:

- Estivemos presentes nas diversas reuniões com as equipas de Enfermagem para consultoria dos casos;
- Realizámos visitação domiciliária, sempre que solicitados, com as equipas de Enfermagem para avaliação clínica dos casos.
- Realizámos reuniões com a equipa multidisciplinar de forma a instituir um regime terapêutico ajustado a cada caso;
- Realizámos formação e fornecemos informação durante as reuniões de consultoria;
- Diminuímos a sobrecarga mental dos profissionais no decorrer do processo terapêutico visto que nos ocupámos da área mental, sempre difícil para técnicos sem formação (como lidar com o insucesso, com as suas limitações e competências);

Prestar cuidados ao utente com quadro de demências e Depressão no Idoso

Atividades desenvolvidas

Nos cuidados diretos ao utente

- Efetuámos entrevista de enfermagem de saúde mental a todos os utentes referenciados para cuidados de saúde mental;

- Realizámos atividades para desenvolver capacidades cognitivas na pessoa com demência;
- Avaliámos através de escala as capacidades cognitivas que impediam a colaboração na sua reabilitação;
- Realizámos uma avaliação mental aos utentes (com sinais de alteração de memória ou com alteração do humor com recurso a escalas depressão);
- Sempre que possível mantivemos o utente no seu meio ambiente sempre que o utente/família o desejasse de modo a minimizar o impacto negativo de um ambiente estranho;
- Minimizámos os riscos de danos físicos;
- Ensinámos a família a ultrapassar as fases agudas da doença;

Avaliação de regime terapêutico

- Ensinámos o utente/família na gestão da medicação;
- Avaliámos a motivação do utente para o regime terapêutico instituído;
- Avaliámos a adesão terapêutica através de escala;

Referenciação ou encaminhamento do utente

- Definimos e avaliámos os utentes com critérios para a referenciação / inclusão no projeto;
- Elaborámos e enviámos a folha de referenciação para todos os pólos da UCC de forma a solicitarem intervenção de enfermagem de saúde mental;
- Encaminhámos para o médico de família ou outro recurso (hospital, consulta externa/privada, ...).

Promoção e reabilitação dos cuidadores informais na demência e familiares com utentes fase terminal

Atividades desenvolvidas

Promoção da saúde dos cuidadores

- Avaliámos os cuidadores através de avaliação mental (colheita de dados) de acordo com as suas necessidades;
- Aplicámos a escala de sobrecarga do cuidador (QASCI);
- Mantivemos a proximidade com os cuidadores com visitas programadas consoante as necessidades de cuidados;

- Através de contacto telefone/telemóvel para solicitação de ajuda (SOS).

Reabilitação das suas necessidades diminuídas

- Realizámos intervenção com processo de aconselhamento aos familiares, de forma a ultrapassarem as dificuldades na transição de papéis;
- Sensibilizámos os enfermeiros da UCC para as necessidades dos cuidadores e das suas dificuldades;
- Aplicámos a escala de CANE aos cuidadores informais.

6.4.3-Resultados da avaliação da intervenção

Nesta fase da Metodologia de Projeto foi feita a avaliação dos resultados através dos indicadores elaborados na fase de planeamento mediante os objetivos para cada intervenção.

Fornecer Informação e Participar na Formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais do ACES

Indicadores de avaliação

- Percentagem de visitas domiciliárias enfermagem de saúde mental

$$\frac{\text{Nº de visitas domic. com as equipas para avaliação dos casos}}{\text{Nº total de visitas domic. solicitadas com as equipas para avaliação dos casos}} \times 100 = \frac{24}{24} \times 100 = 100\%$$

Todas as visitas solicitadas foram realizadas no total de 24 utentes

- Percentagem de reuniões de consultoria

$$\frac{\text{Nº de reuniões de consultoria realizadas}}{\text{Nº total de reuniões de consultoria solicitadas}} \times 100 = \frac{15}{18} \times 100 = 83,3\%$$

Das 15 reuniões solicitadas não tivemos presentes em 3 reuniões

Prestar cuidados ao utente com quadro de demências e Depressão no Idoso

Indicadores de avaliação

- Percentagem de consultas enfermagem de saúde mental

$$\frac{\text{Nº de consultas de enfermagem de saúde mental realizadas}}{\text{Nº total consultas de enfermagem de saúde mental solicitadas}} \times 100 = \frac{24}{24} \times 100 = 100\%$$

Foram efetuadas todas as consultas de enfermagem solicitadas pela 1ª vez 24 e de continuidade 77.

● Percentagem de visitas domiciliárias realizadas nas 24h após referência

$$\frac{N^{\circ} \text{ de VD de enf. de saúde mental atendidas nas primeiras 24 h}}{N^{\circ} \text{ total VD de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{12}{24} \times 100 = 50\%$$

Foram efetuadas 12 das VD nas primeiras 24h

● Percentagem de visitas domiciliárias realizadas entre as 24h e 48h após referência

$$\frac{N^{\circ} \text{ de VD de enf. de saúde mental atendidas entre as 24 – 48 h}}{N^{\circ} \text{ total VD de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{10}{24} \times 100 = 41,7\%$$

Foram efetuadas 10 das VD nas 48 horas

● Percentagem de visitas domiciliárias realizadas entre as 48h e 72h após referência

$$\frac{N^{\circ} \text{ de VD de enf. de saúde mental atendidas entre as 48 – 72 h}}{N^{\circ} \text{ total VD de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{2}{24} \times 100 = 8,3\%$$

Foram efetuadas 2 das VD nas 72horas

● Percentagem de utentes com danos físicos

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com danos físicos}}{N^{\circ} \text{ total de utentes com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{0}{16} \times 100 = 0\%$$

Durante as intervenções na prestação de cuidados de saúde mental os utentes não apresentaram danos físicos. As intervenções de cuidados gerais foram realizadas por danos causados, antes da intervenção.

● Percentagem de utentes/família com abandono do regime terapêutico

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com abandono do regime terapêutico}}{N^{\circ} \text{ total de utentes com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{0}{16} \times 100 = 0\%$$

Não houve abandono do projeto terapêutico.

● Percentagem de utentes/família inseridos no projeto, que tiveram alta

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes/família de altas do projecto}}{N^{\circ} \text{ total de utentes/família com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{4}{16} \times 100 = 25\%$$

Dos 16 utentes a serem seguidos no projeto, 4 tiveram alta:

- 1 dos utentes saiu para o exterior com atividades programadas de forma à manutenção das AVD's;
- 1 com sobrecarga do cuidador, após o luto, retomou novos projetos de vida;
- 1 utente isolado no domicílio com quadro depressivo melhorou o humor e começou a sair para o exterior com atividades sociais;
- 1 utente com quadro de demência foi para o centro de dia de forma a ser estimulado e diminuir a sobrecarga do cuidador para ter vida social e independência financeira.

● Percentagem de referenciações para outro técnico

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de referenciações para outro técnico}}{N^{\circ} \text{ total de utentes com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{16}{16} \times 100 = 100\%$$

Todos os utentes foram referenciados para o Médico de família (6), Neurologista (6) e Psiquiatra (4).

Promoção e reabilitação dos cuidadores informais na demência e familiares com utentes fase terminal

Indicadores de avaliação

● Percentagem de VD aos CI em sobrecarga.

$$\frac{N^{\circ} \text{ VD a CI em sobrecarga}}{N^{\circ} \text{ VD total de CI}} \times 100 = \frac{205}{205} \times 100 = 100\%$$

Todas as visitas domiciliárias (100%) às famílias que foram programadas e executadas de forma à promoção da saúde dos cuidadores.

● Percentagem de Cuidadores Informais em sobrecarga

$$\frac{N^{\circ} \text{ CI em sobrecarga}}{N^{\circ} \text{ total CI}} \times 100 = \frac{8}{16} \times 100 = 50\%$$

Dos 16 utentes no projeto 8 dos familiares encontravam-se em sobrecarga.

● Percentagem de familiares em processo de aconselhamento

$$\frac{N^{\circ} \text{ de CI em processo de aconselhamento}}{N^{\circ} \text{ total de CI com necessidades de aconselhamento}} \times 100 = \frac{16}{16} \times 100 = 100\%$$

Todos os cuidadores (100%) com necessidades de aconselhamento tiveram apoio psicoterapêutico.

● Percentagem de utentes com internamento hospitalar por sobrecarga do CI

$$\frac{N.º \text{ total de utentes internados no hospital}}{N.º \text{ total de CI em sobrecarga}} \times 100 = \frac{0}{8} \times 100 = 0\%$$

Não houve internamentos em unidades dos utentes por sobrecarga do cuidador.

● Percentagem de utentes/família com depressão

$$\frac{N.º \text{ utentes/família com depressão}}{N.º \text{ total utentes/família com cuidados de enfermagem de saúde mental}} \times 100 = \frac{9}{16} \times 100 = 56,3\%$$

Dos 16 utentes do projeto, 4 familiares estavam a fazer medicação antidepressiva e 5 utentes tinham quadro depressivo.

“Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objetivos. Assim podemos ter uma lista dos objetivos iniciais e verificar se cada um foi atingido.” (cit. por Assenhas et al., 2010:26)

No decorrer da execução e avaliação do projeto existiram algumas dificuldades que não foram ultrapassadas devido à limitação de tempo durante a prestação de cuidados.

Este constrangimento limitou o atingir de todas as propostas definidas, porém perante a positividade dos resultados considerámos pertinente a apresentação de sugestões;

- Apostar na formação dos enfermeiros de cuidados gerais na área da saúde mental essencialmente na avaliação e triagem;
- Realizar psicoeducação com os cuidadores em sobrecarga dentro da mesma área geográfica, de fácil acessibilidade, para não deixar os familiares sozinhos, num período amplo de tempo;
- A acessibilidade dos cuidadores e utentes seria mais fácil com um contacto telefónico mais direto;
- Se houvesse um aumento das necessidades do utente/família os indicadores de qualidade poderiam estar comprometidos;
- Não foi possível avaliar todos os utentes da ECCI da UCC a serem sujeitos a reabilitação pela escassez de tempo;

Deste modo, estamos convictos de que atingimos amplamente os objetivos dos indicadores inicialmente propostos para o projeto.

6.5-ETAPA DE DIVULGAÇÃO RESULTADOS

Por fim a última etapa do projeto foi a divulgação dos resultados de todo o PIS.

Segundo Assenhas (2010:31) a divulgação dos resultados permite o conhecimento do projeto e possibilita por sua vez a discussão do plano escolhido para a resolução do problema. Existem vários recursos para a apresentação dos mesmos: posters, folhetos, vídeos, apresentações, artigos, entre alguns outros.

A elaboração deste projeto de ação permitiu ser um processo dinâmico, fundamental na determinação e orientação do caminho a percorrer, dando ênfase à aprendizagem como um processo interno.

Após o término da especialidade apresentámos em novembro de 2011 um poster Re...Lembrar no Congresso_SPESM_2011 - “Informação e Saúde Mental” no Auditório do Instituto Piaget – campos académico de Silves, em Silves.

Na sequência do mesmo trabalho fomos autores do artigo intitulado “Re...lembrar” para a Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental de foi publicada em fevereiro 2012 em forma de E-book. <http://pt.scribd.com/doc/78902396/E-Book-III-Congresso-SPESM-Informacao-e-Saude-Mental>

Participámos numa comunicação no dia 26 junho de 2012 sobre o PIS na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal um Ciclo de Debates 2012 cujo tema Projetos de Intervenção Comunitária e Investigação.

Foi divulgada uma Reportagem na Revista nº6 de Maio de 2013 do Hospital Beatriz Ângelo (informação da Espírito Santo Saúde) cujo tema foi “Saúde Mental no Domicílio” <http://biblioteca.essaude.pt/RevistaIESSBeatrizAngelo/IESSBeatrizAngeloN6/?Page=42>

Para finalizar neste relatório ficou em (**Apêndice I**) uma proposta de artigo para publicação como divulgação dos resultados deste trabalho.

6.6 – Avaliação de todo o PIS

A Unidade de Cuidados na Comunidade foi um verdadeiro desafio que nos foi lançado, não só pelo facto da intervenção comunitária ser uma área da saúde mental, como também por ser uma unidade que pelas suas características poderá contribuir de forma bastante positiva para a visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Realçamos a Metodologia de Projeto como um fator facilitador de todo este processo permitindo uma abordagem diferente, que consideramos ser a mais apropriada.

Deste modo, estivemos convictos que foram atingidos amplamente os objetivos inicialmente propostos. Conhecer as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental dos utentes e dos cuidadores informais na unidade de cuidados da comunidade; Planear intervenções especializadas de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dirigidas às necessidades identificadas; Realizar as intervenções especializadas de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria planeadas; Avaliar as intervenções especializadas de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria realizadas e julgando pelos resultados finais, que pensamos poderão contribuir para novos conhecimentos, ainda que reconhecendo as limitações deste projeto.

O método utilizado no diagnóstico e as intervenções deste projeto demonstraram os ganhos em Saúde, para o ACES. Este projeto pôde traduzir ganhos ao nível da população-alvo dos nossos cuidados.

Para tentar incentivar este trabalho de equipa, fundamental para a excelência dos cuidados, foi importante estabelecer reuniões periódicas entre a Unidade de Cuidados na Comunidade e as restantes Unidades Funcionais de Saúde, onde se trocaram experiências, sentimentos e se criou um espírito de colaboração. Através deste espírito de colaboração e complementaridade, bem como a preocupação no envolvimento dos profissionais de forma ativa em todo o processo, conduziu ao entendimento dos motivos das intervenções e a sua motivação para contribuir positivamente em todo o processo de cuidar.

A qualidade nos cuidados de saúde implicou a continuidade na metodologia aplicada pelos vários parceiros assistenciais. É importante lembrar que no domicílio, os cuidados, devem ser praticados por uma equipa multidisciplinar, pelo que as parcerias com a equipa da UAG (Psicóloga, Fisioterapeuta, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional) são uma prioridade para dar apoio a este projeto.

Como conclusão, gostaríamos de referir que o balanço de todo este percurso foi bastante positivo. Sentimos que desenvolvemos um projeto que poderá contribuir para a excelência dos cuidados aos indivíduos/família e comunidade.

PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA/BALANÇO COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SMP

7-COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SMP

No decorrer da análise das competências do Mestre nos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental fizemos menção a um conjunto de capacidades adquiridas de forma a realizar determinadas funções com prontidão, exatidão e eficácia e que proporcionou cuidados de enfermagem essenciais ao utente /família/comunidade. Refletiu-se especialmente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e de forma coordenada, defendendo a continuidade de cuidados numa prática baseada na evidência.

No caminho percorrido durante o período de estágio, fizemos uma reflexão sobre as competências do Mestre adquiridas ao longo da prática clínica.

7.1-Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

O conceito de cuidados de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário advém de uma experiência de alguns anos de prática clínica nesta área do indivíduo e família.

a)Realiza avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;

No curso de mestrado em enfermagem saúde mental e neste trabalho de relatório, a nossa principal preocupação, incidiu na avaliação com o utente, as famílias e comunidade, a procura de saúde e nos seus processos de doença.

Ao longo dos PIS fizemos avaliações sobre as necessidades do indivíduo e das suas famílias em contexto domiciliário através de vários instrumentos de diagnóstico a que nos levou a uma avaliação rigorosa das necessidades em cuidados de enfermagem de saúde mental.

Na fase de diagnóstico, avaliámos os ganhos em saúde de uma intervenção, de forma a suprimir as necessidades de saúde mental da comunidade, tal como as principais dificuldades dos enfermeiros a cuidar dos utentes com necessidades de cuidados de saúde mental.

Para efectuarmos uma avaliação exaustiva da necessidade de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria utilizámos alguns instrumentos de diagnóstico.

Na análise SWOT avaliámos as oportunidades identificadas, que dão força ao projeto como por exemplo as necessidades sentidas na prática clínica, a inclusão da família no processo terapêutico, as necessidades sentidas pelos enfermeiros e uma população idosa com necessidades prementes de cuidados de enfermagem de saúde mental.

Na análise FMEA foram identificados como incidentes a ausência de cuidados de enfermagem de saúde mental, formação e informação dos enfermeiros, a dificuldade em cuidar dos familiares.

Na Visitação Domiciliária com os Enfermeiros da UCC os problemas identificados foram: a evidente falta de competências na área da enfermagem de saúde mental, assim como a falta de sensibilização na mesma área.

Na análise dos QUESTIONÁRIOS aos enfermeiros da UCC sobre as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental que têm os utentes e seus familiares na comunidade e que apoio /resposta dar aos utentes e familiares cuidadores com necessidade de cuidados nesta área, concluiu-se que há necessidade de prestação de cuidados de enfermagem na saúde mental nos quadros demenciais e depressão, assim como na formação e consultoria.

Ao longo do estágio, na fase de diagnóstico, foi-nos possível desenvolver competências, refletir profundamente e efetuar um planeamento rigoroso em função das necessidades existentes na comunidade.

b) Sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;

Ao analisarmos as avaliações das necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental em contexto domiciliário permitiu-nos, inicialmente, questionar que cuidados, a que utentes e qual a comunidade necessitada.

Após uma análise crítica do diagnóstico, numa forma de resolução e de tomada de decisão, verificámos que existia uma carência de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental em relação à promoção da saúde, adaptação e reabilitação aos processos de saúde e doença nos idosos com demência ou em risco de depressão.

Ao traçarmos os objetivos, ao longo deste trabalho, identificámos as necessidades reais da população do estudo. Foram realizadas as intervenções seguras e ajustadas às necessidades desses mesmos cuidados.

Nas competências da tomada de decisão tomou-se em conta a qualidade dos cuidados, assim como um elevado nível de desenvolvimento das capacidades cognitivas, de aprender a pensar, ajudando na resolução de problemas com responsabilidade e Ética.

c) Diagnostica e gere problemas e condições de saúde;

Esta unidade de competência foi ao encontro da anterior e de certa forma deu resposta ao objetivo traçado, realizado na continuidade de aquisição de competências.

No decorrer da avaliação de diagnóstico, foram levantadas algumas problemáticas sensíveis aos cuidados, traçaram-se alguns objetivos, de modo a dar resposta às necessidades sentidas, tais como a prestação cuidados de saúde mental ao utente com quadro Demencial ou Depressão no idoso, fornecendo informação e formação aos enfermeiros do ACES e na prestação de cuidados de saúde mental aos familiares cuidadores na demência e familiares com utentes em fase terminal.

Ao reunirmos na decisão clínica um conjunto de saberes, de conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrarmos a tomada de decisão, refletiu-se num conjunto de competências na área da saúde mental com o desenvolvimento de capacidades/aptidões e comportamento/atitude na qualidade dos cuidados.

d) Prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada;

Durante o PIS, e para darmos resposta aos objetivos propostos, foram efetuadas intervenções quer de cuidados gerais, quando assistíamos a alguma necessidade, quer de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com prescrição autónoma. Damos como exemplo o Processo de Aconselhamento, a estimulação cognitiva, a referenciação ou o encaminhamento e a avaliação de diagnóstico através de escalas.

No que diz respeito a fornecer informação e participar na Formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais do ACES na área da Saúde Mental desenvolvemos algumas atividades e Estratégias. Estivemos presentes nas reuniões com as equipas de Enfermagem para aconselhamento (consultoria) dos casos, realizámos visita domiciliária, quando ou sempre que solicitados, com as equipas de Enfermagem das diversas unidades funcionais para avaliação clínica dos casos, realizámos reuniões periódicas com a equipa multidisciplinar para instituir um regime terapêutico ajustado a cada caso, promovemos ações de sensibilização e formação na área da Enfermagem Saúde

Mental, realizámos formação e fornecemos informação às equipas de Enfermagem comunitárias do ACES.

Na prestação de cuidados ao utente com quadro Demências ou Depressão no Idoso, efetuámos entrevista de enfermagem de saúde mental a todos os utentes referenciados aos cuidados desta área, realizámos atividades para desenvolver capacidades cognitivas na demência, avaliámos através de escala as capacidades cognitivas que impediam a colaboração na sua reabilitação, promovemos a saúde física dos utentes com demência, definimos os critérios para a referência para inclusão no projeto, elaborámos um documento de referência para que as equipas da UCC e das restantes unidades funcionais. Solicitámos o encaminhamento para o médico de família ou outra unidade de cuidados.

Em relação à promoção e reabilitação dos cuidadores informais na demência, avaliámos os cuidadores através de uma prévia avaliação, realizámos programas de intervenção com os cuidadores na fase inicial (adaptação) e na promoção de saúde como psicoeducação. Aplicámos a escala de sobrecarga do cuidador, realizámos intervenção com processo de aconselhamento aos familiares, de forma a ultrapassarem as dificuldades, sensibilizámos os enfermeiros da UCC para as necessidades dos cuidadores.

Para tornar possível a realização de um bom planeamento das estratégias foi fundamental sabermos os recursos organizacionais, materiais, humanos, pessoais e temporais.

Durante o processo de cuidar do utente, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permitiu-nos desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial e na prática clínica. Permitiu-nos estabelecer relações de confiança e parceria com o utente de forma a uma possível resolução de problemas.

e) Inicia e coordena a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;

Na educação, de forma a proteger e promover a saúde, ao longo deste trabalho, traçamos dois objectivos: formação e informação aos enfermeiros quer nas reuniões de parcerias, quer na formação de cuidados e informação às pessoas com quadro de demência e aos CI.

Em contexto domiciliário, em especial na unidade de cuidados da comunidade, tivemos uma vertente importante, quer na promoção de saúde, quer com o utente ou cuidador informal, de forma a diminuir a sobrecarga, quer como gestores dos cuidados aos nossos utentes para uma promoção eficaz e de reabilitação. Envolvermos outras entidades, trabalhando em equipa, com a noção de liderança, de partilha de responsabilidades, o que levou ao conhecimento dos recursos da comunidade tornando as ações de promoção e reabilitação mais seguras.

A abordagem psicoeducativa de aconselhamento foi baseada nos princípios da relação de ajuda percebendo o sofrimento emocional das famílias. Sendo este um alvo a reduzir através da escuta, compreensão e informação das famílias.

A promoção da saúde visou um estilo de vida saudável com o aumento da qualidade de vida e de saúde, reduzindo os danos/risco físico e emocional dos familiares cuidadores do utente com quadro de demência.

Nesta competência procurámos saber agir, tendo em consideração estes fatores, contribuíram, de certa forma, para o fortalecimento da autoestima e para a capacidade de adaptação ao meio que rodeia, quer o utente, com quadro demência, quer o cuidador informal, de modo a desenvolver mecanismos de coping eficazes com acréscimo da capacidade destes para analisarem e atuarem sobre os seus próprios problemas, e não informar simplesmente. Alterando, assim, determinados comportamentos com o intuito de contribuir para a tomada de decisão com consciência crítica e para o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade.

f) Referencia e recebe referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;

É da competência do enfermeiro conhecer os recursos existentes para deste modo, ser capaz de ir de encontro às necessidades do utente, de modo a proporcionar o melhor tratamento e uma melhor qualidade de vida.

A referenciação e o encaminhamento, quer para as equipas multidisciplinares, quer para áreas específicas da equipa de enfermagem, como enfermagem de reabilitação, foi uma forma de dar continuidade aos cuidados de enfermagem.

Na área da saúde mental é fundamental uma boa resposta social e conhecer os recursos existentes neste contexto. Para que isso aconteça é necessário que se conheçam todos os

recursos do concelho e estabelecendo protocolos existentes com algumas instituições, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia, os Centros Sociais e Paroquiais, GNR; Segurança Social; Bombeiros Voluntários; Juntas de Freguesia; de modo a dar uma resposta mais adequada e adaptada às necessidades de cada utente/ família.

As reuniões de âmbito social com as parcerias foram efetuadas de forma periódica, com marcação prévia, com o objetivo de partilha de informação, bem como a discussão de casos comuns, para a obtenção de uma resposta articulada e eficaz.

As reuniões de enfermeiros das diversas unidades funcionais tiveram como objetivo a discussão de casos e se necessário referenciar para os cuidados de enfermagem de saúde mental. Estas foram realizadas mensalmente ou sempre que necessário. Nestas, tal como nas reuniões de parcerias estiveram presentes os representantes.

g) Avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade;

Na avaliação do projeto de intervenção em serviço, fizemos a avaliação com base nos indicadores, esta foi uma forma de avaliar os objetivos. Saber se estes foram atingidos, por forma a melhorar a qualidade e dar a conhecer os ganhos em saúde, de forma ética. Para isso tivemos que assegurar de forma equitativa a acessibilidade aos cuidados respeitando a dignidade e intimidade de cada utente e sua família.

Nesta avaliação, foram realizadas as primeiras correções ao trabalho elaborado e realizadas as adaptações necessárias para possíveis melhorias nas atividades que, apesar de não estarem projetadas era importante serem retificadas.

Em relação a Fornecer Informação e Participar na Formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais, das quinze reuniões solicitadas não tivemos presentes em três reuniões. Não houve formações solicitadas pelas equipas. De uma forma informal partilhou-se informação na discussão de casos clínicos. Não foi possível determinar o valor, mas com um Enfermeiro como gestor de casos, assumindo a prestação de cuidados de saúde mental a equipa diminui a sobrecarga no cuidar.

Na fase de **Prestar cuidados ao** utente com processo de Demências e Depressão no Idoso, foram efetuadas todas as consultas de enfermagem solicitadas pela 1ª vez, 50% das visitas domiciliárias foram realizadas nas primeiras 24h. Durante as intervenções na prestação de cuidados de saúde mental os utentes não apresentaram danos físicos, não houve abandono

do projeto terapêutico, todos os utentes foram referenciados quer para o Médico de família (6), Neurologista (6) e Psiquiatra (4).

Na **Promoção e reabilitação** dos familiares cuidadores na demência e familiares com utentes fase terminal, todas as visitas domiciliárias (100%) às famílias que foram programadas e executadas como promoção da saúde dos cuidadores, 50% dos familiares encontram-se em sobrecarga,

Não foi possível avaliar este indicador da psicoeducação porque durante este espaço de tempo foi impossível formar um grupo de cuidadores, todos os cuidadores com necessidades de aconselhamento tiveram apoio psicoterapêutico, não houve internamentos em unidades dos utentes por sobrecarga do cuidador.

No decorrer da execução e avaliação do projeto existiram algumas dificuldades que visaram ser ultrapassadas.

Nesta competência está implícita a avaliação sucessiva das nossas atividades para a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente.

7.2-Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento e competência ao longo da vida e em complemento as adquiridas

A necessidade de formação foi sempre de encontro aos nossos interesses e a experiência de cuidados domiciliários desde algum tempo de experiência com as características inerentes a estar com o outro e no seu ambiente e com formação na área da saúde mental e psiquiatria, sentimos a necessidade de dar resposta a algumas problemáticas na área de intervenção.

a) Identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projecto pessoal/profissional;

Ao longo deste ano, temos trabalhado em Cuidados na comunidade. Com esta prática clínica, e durante estes anos desenvolveram-se recursos pessoais e próprios para dar resposta a este projecto aliando a formação e a atualização de conhecimentos.

É importante mobilizarmos os conhecimentos e as suas habilidades no meio onde estamos inseridos para que os atos façam sentido. É pertinente adaptarmo-nos a novas situações e aprendermos com as novas experiências, associando aprendizagens, visto que cada situação nova é uma oportunidade para enriquecer os conhecimentos.

A Formação reuniu um conjunto de ações que visaram a obtenção de conhecimentos, aptidões e atitudes inseridos na atividade profissional num processo dinâmico e interativo.

Toda a aquisição de saberes foi essencial para que conseguíssemos transformar, ou seja, uma interligação de saberes para uma adaptação aos diversos contextos.

b) Valoriza a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento.

Devemos assumir a responsabilidade da autoformação, para adquirir, relembrar reajustar conhecimentos adquiridos, para desenvolver competências para que habilitem para um melhor desempenho profissional.

Ao longo do estágio a partilha de conhecimentos entre os profissionais de saúde com as suas competências específicas, através de formações e reuniões para reflexões de situações práticas e atualização de conhecimentos é descrito ao longo do PIS.

O desenvolvimento das competências interliga-se com o desenvolvimento pessoal e com a formação necessária daquele momento tal como a frequência no curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, onde foi possível efetuar um Estudo de Caso cujo tema foi “promoção e reabilitação psicossocial dos familiares cuidadores”. Neste contexto, traçamos como objetivo geral para este estudo: Identificar as necessidades de promoção e reabilitação psicossocial dos familiares cuidadores.

A frequência no Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com as diversas Unidades temáticas tivemos oportunidade de um desenvolvimento pessoal e profissional com uma promoção da tomada de consciência de nos próprios e como estar com o outro.

O curso de Mestrado em Enfermagem Saúde mental e Psiquiatria surge de forma a demonstrar conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem com a elaboração do relatório.

É necessário atualizar frequentemente os conhecimentos nesta área de formação como a demência e da depressão do idoso, pois é uma área em desenvolvimento e ainda um pouco desconhecida, sendo necessário assistirmos a congressos e jornadas.

7.3-Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

O PIS está inserido na UCC, sendo uma unidade de cuidados na comunidade está inserido numa equipa multidisciplinar, com vários parceiros da comunidade, tais como a Assistência Social, e com uma ligação estreita com as várias Unidades funcionais do ACES.

Nas reuniões onde estivemos presentes no decorrer do PIS:

Reuniões Multidisciplinares da UCC: Nestas reuniões estão presentes os diferentes profissionais que compõem a equipem dos UCC, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista, que se realiza uma vez de 15/15 dias.

Reuniões de enfermeiros: Nestas reuniões, estão os Enfermeiros de cuidados gerais, Enfermeiros com especialidade de Reabilitação, que compõem a equipa dos UCC, sendo realizadas sempre que necessário;

Reuniões com parcerias da comunidade: Nestas reuniões estão presentes os diferentes representantes das parcerias existentes em cada comunidade tais com Santa Casa da Misericórdia; Centros Sociais e Paroquiais das diversas freguesias, devendo estas ser realizadas mensalmente.

As reuniões deste âmbito serão efetuadas de forma periódica, com marcação prévia com o objetivo de partilha de informação, bem como a discussão de casos comuns ou dos casos com grau de dificuldade de resolução, para a obtenção de uma resposta articulada e eficaz e na área da Saúde Mental não é possível reabilitação sem intervenção social de forma ajustada à realidade de cada caso.

a) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;

Esta competência específica vem de encontro à anterior, quer na referenciação de novos utentes para o projeto, quer no encaminhamento para as assistente sociais ou para outras especialidades.

Na visitação domiciliária que efetuámos com a equipa multidisciplinar quer pelo Médico de família, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista e Assistente Social da UCC, dependendo da necessidade dos utentes e da nossa avaliação. Sendo que é mais frequente a visitação feita em conjunto com Terapeuta Ocupacional de forma ajudar

na reabilitação ou Médico de família para a encaminhamento para as diversas especialidades.

Podemos dizer que nesta competência a aplicação de conhecimentos numa equipa pluridisciplinar, exigiu a necessidade de articular os saberes com os diversos grupos profissionais de forma autónoma ou interdependente, para manter a máxima qualidade de vida, apoiar as famílias e os utentes no seu meio; otimizar a papel da família e dos cuidadores na prestação de cuidados nos utentes com demência ou depressão dos idosos.

b) Conhece os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção:

A fundamentação para a intervenção do projeto foi descrita ao longo deste relatório com base nos modelos teóricos de enfermagem, quer transições de Meleis, ou das necessidades segundo Virgínia Henderson, que servem de padrão para a nossa prática clínica de cuidados de enfermagem de Saúde Mental.

O papel de transição dos familiares cuidadores de pessoas com demência, segundo a Teoria das Transições de Meleis é o processo de aprendizagem de comportamentos necessários para exercer um novo papel de forma eficaz. Assim, podemos dizer que a mudança é externa e a transição é interna, para a mudança funcionar, a transição tem de ocorrer é o ponto de partida para a transição.

As necessidades dos familiares cuidadores de pessoas com demência, segundo Virgínia Henderson, são esquecidas, quer pelos próprios, quer pela família ou pelos técnicos de saúde, que estão à sua volta. É importante a compreensão das necessidades do cuidador informal, de forma a ajudar a reduzir a sobrecarga do cuidador.

A sustentação da nossa prática clínica com bases teórica e conceitos aplicados em contextos diversos tais como na psicoeducação a familiares cuidadores permitiu ter um papel ativo no decorrer da intervenção, transformando-a num agente consciente e informado durante todo o seu processo terapêutico, ou seja, num ser mais sensibilizado sobre a realidade patológica que o envolve.

No aconselhamento ao utente e família de utentes com quadro de demência ou depressão facilitou a realização das opções das quais dependia o desenvolvimento interior da pessoa, de forma a promover o desenvolvimento através de escolhas certas. O aconselhamento

definiu-se como um processo de interação pessoa a pessoa que estimula a mudança no comportamento e no pensamento.

c) Serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;

Nas reuniões multidisciplinares, parcerias ou de Enfermeiros podemos dizer que nesta competência aplicámos a sua informação, experiências, conhecimentos profissionais e saberes na maneira utente ter os projetos terapêuticos ajustados às suas necessidades.

Nas reuniões, de consultoria, estiveram presentes as assistentes sociais da Santa Casa da Misericórdia, a equipa multidisciplinar (psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social do ACES, enfermeiros especialistas de Reabilitação e enfermeiros de cuidados gerais). Estas reuniões consistiram na discussão de casos clínicos com definição do projeto terapêutico para cada utente onde realizámos o papel de consultor de casos.

Ao desenvolvermos esta competência permitiu-nos aproveitar os aspetos positivos do trabalho em equipa, nomeadamente o lidar com novos desafios, contribuir para uma maior eficácia nos projetos terapêuticos e a existência de profissionais de saúde bem informados sobre a demência, capazes de uma intervenção. O trabalho de consultoria é concedido como o apoio dado por um especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria no papel de consultor.

d) Faz gestão de casos quando aplicável;

Durante o projeto, a autonomia dos cuidados de enfermagem, inserida na Unidade de Cuidados da Comunidade, quer seja na admissão dos utentes/família, ou na decisão da entrada para o projeto, foram definidos os critérios de forma autónoma e independente.

A gestão de cuidados, gerais ou específicos, dos utentes admitidos no PIS tiveram critérios de admissão ou de exclusão, e acabámos por ser os gestores de caso.

O aconselhamento, de certa forma, facilitou a realização das opções das quais depende o desenvolvimento interior da pessoa, de modo a promover o desenvolvimento através de escolhas certas. Foi aplicado como educação, prevenção, de apoio, situacional, voltado para a solução de problemas.

Podemos dizer que nesta competência o enfermeiro faz parte integrante da equipa de saúde, na adopção de decisões respeitantes ao utente após análise e discussão do problema

e adoção da sua resolução, respeitantes ao utente e família fazendo a gestão do processo terapêutico, tanto quer de aconselhamento ou encaminhamento capaz de estabelecer os interesses pessoais do utente.

- e) Trabalha em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

Como foi referido, nas competências anteriores, este PIS faz uma articulação estreita com os restantes profissionais de saúde, das diversas Unidades funcionais de Saúde, e com as parcerias da comunidade: IPSS, Santa Casa da Misericórdia, etc., de forma à manutenção e promoção de saúde do utente e família.

Na área da saúde mental é fundamental uma boa resposta social e conhecer os recursos existentes na área social. Para que isso aconteça é necessário que se conheçam todos os recursos do concelho e de forma a dar uma resposta mais adequada e adaptada às necessidades de cada utente/ família.

Ao trabalharmos em equipa, tendo noção de liderança, de partilha de responsabilidades, de desenvolvimento de trabalho de parceria com outras instituições comunitárias está se perante um processo de promoção de saúde.

7.4-Age no desenvolvimento de tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

No saber agir em contexto domiciliário, as intervenções têm que ser adequadas aos utentes com necessidades de cuidados de enfermagem de Saúde Mental, tendo em conta a envolvência comunitária e social extraíndo partido da potencialidade dos recursos existentes.

- a) Selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;

Na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário reforçam-se estas competências, além de todas as outras. Para que haja a aquisição desta competência é necessário que se saiba mobilizar conhecimentos e capacidades de forma pertinente, no momento oportuno, e numa situação de trabalho.

Sempre que há alteração em relação ao estado de saúde do utente e ao seu projeto terapêutico são direcionados os ensinamentos conforme as necessidades. Tanto a avaliação como

o registo visam assegurar os cuidados de enfermagem de qualidade, verificando continuamente a importância das ações face aos resultados.

Para prestar cuidados de enfermagem de saúde mental de qualidade é necessário, que se possa ver os desacertos e os meios de os corrigir, comunicar com segurança informação para o utente, indo de encontro às necessidades identificadas.

b) Avalia os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico;

Um dos objetivos descritos no trabalho era apresentar os ganhos em saúde, de forma a haver um investimento neste PIS, e haver futuramente continuidade de cuidados de enfermagem de Saúde Mental no ACES.

Ao prestarmos cuidados ao utente com processo de Demências e Depressão no Idoso e reduzir danos físicos devido não adequados às suas necessidades, havendo uma boa promoção de saúde com atividade física, com desenvolvimento cognitivo para a sua preservação mental e o respetivo ensino à família para haver essa continuidade dos cuidados.

Não haver abandono do projeto terapêutico tendo como base a relação terapêutica de forma manter a continuidade da intervenção.

Os utentes serem bem encaminhados e quando justificado para o Médico de família, Neurologista ou Psiquiatra melhora a rentabilidade dos recursos.

Com a Promoção e reabilitação dos CI os familiares diminuam a sobrecarga física e emocional, mantém o utente em contexto do domicílio evitando ir para o hospital ou para a rede de cuidados continuados.

Sabemos que os cuidadores têm maior predisposição para a depressão e insónia se reduzirem a medicação, com a diminuição do stress do cuidador existem ganhos saúde.

Nas competências desenvolvidas fornecer informação, conceitos recentes e privilegiados nos cuidados aos dos familiares e dos utentes com quadro de demência, as exigências técnicas destes cuidados não são fáceis e necessitam de um grande investimento na sua prática e na sua evolução.

A ética põe igualmente exigências de competência para satisfazer a necessidade de oferecer cuidados de qualidade, tanto no plano técnico como no plano relacional. Os

conhecimentos devem ser recentes e atualizados, sempre que necessário e justificar a situação do utente e do estágio da sua patologia.

7.5-Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para a prática de enfermagem baseada na evidência

Nesta competência a capacidade de análise e da evidência produzida trazem cuidados enriquecidos e melhoram a prática clínica. Ao longo do PIS utilizámos vários métodos de diagnóstico, como Visitação domiciliar, FMEA, Análise SWOT e questionários.

a) Analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;

Neste relatório final, foram apresentados os resultados deste projeto e ao analisar e implementar as necessidades de cuidados de enfermagem na área da Saúde Mental, em contexto domiciliário, e na área em estudo no quadro de demência e os familiares cuidadores, teve que se ter em conta o contexto social, de forma a dar resposta aos problemas associados às necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental prestando um contributo importante para a evidência.

Durante o curso de pós -licenciatura e do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria publicamos alguns trabalhos de investigação.

Os modelos teóricos que fundamentam a prática clínica especializada são fundamentais para consistência e a evidência científica.

b) Usa capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

No decorrer do PIS desenvolvemos metodologia, para dar resposta à intervenção e para saber quais as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental, na unidade de cuidados da comunidade, em contexto domiciliário, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na avaliação de diagnóstico dos utentes com quadro demencial ou com depressão do idoso aplicámos várias escalas validadas como a MMS, QASCI, DGS de forma a aperfeiçoar a prática clínica e com a investigação, estudámos novas realidades.

7.6-realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em particular

Ao longo desta avaliação das competências de Mestre, foi demonstrado que realizámos uma avaliação de diagnóstico, com o planeamento de atividades, para a problemática existente com a intervenção e uma avaliação ajustada às necessidades de formação quer das parcerias ou da equipa multidisciplinar de forma a melhorar os cuidados, divulgando os resultados obtidos de modo a justificar a necessidade do PIS e os ganhos em saúde obtidos.

A formação é um aspeto importante para a qualidade de cuidados e com competências acrescidas na área específica da saúde mental. É fundamental promover através de várias intervenções: Estar presente nas reuniões com as equipas de Enfermagem para aconselhamento; Realizar visita domiciliária, quando ou sempre que solicitado, com as equipas das diversas unidades funcionais de Enfermagem de forma promover ensino; promover ações de sensibilização e formação na área da Enfermagem Saúde Mental; realizar formação e fornecer informação às equipas de Enfermagem comunitárias do ACES; monitorizar as necessidades de formação das equipas.

A informação e formação quer entre os enfermeiros, e a restante equipa multidisciplinar, quer na forma de referenciação, ou ainda no encaminhamento de pessoas com necessidades deste tipo de intervenção, sempre a ter em conta os princípios éticos, e dar resposta às políticas de saúde, que atualmente vigoram, sendo um tema emergente quer em contexto social como prioridade em saúde mental. Foi por vezes solicitada, pelas parcerias, formação na área da saúde mental devido a sentirem dificuldade na abordagem ao utente com doença mental. Ao orientarmos ensinamentos clínicos do curso de licenciatura enfermagem tivemos um papel importante na formação e na sensibilização dos cuidados de saúde mental dos utentes e família.

Consideramos que o trabalho desenvolvido foi de encontro às nossas expectativas, contribuindo assim para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, pois ao longo da elaboração deste relatório apercebemo-nos da grande importância que é compreender melhor o conceito de competência de mestre.

8-REFLEXÃO FINAL

Ao terminar este relatório e ao termos chegado a esta etapa, cremos ter atingido todos os objetivos que nos propusemos no início deste relatório.

Ao nível das competências do Mestre, julgamos tê-las desenvolvido, tal como nos tínhamos proposto, desenvolvendo uma prática clínica especializada com a capacidade de desempenhar determinadas funções com rapidez, precisão e eficácia.

“A ineficácia dos programas públicos de saúde de cuidados ao domicílio, não só traz graves prejuízos a todo o sistema, como também à grande massa de cuidadores. Monis, et al (2005) relatam que o cuidado formal de saúde prestado no domicílio não é mais de que a ponta do *iceberg*, no qual o sistema informal constitui um verdadeiro sistema invisível de cuidados de saúde. “ (cit. por Silva, 2011:37)

Este trabalho permitiu um avanço no conhecimento para novas descobertas da investigação em relação à prática clínica, aumentando uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde mental, desenvolvendo competências dentro da especialização.

Foi um momento privilegiado de reflexão sobre as necessidades de autoformação e o estabelecer prioridades. Foi um processo de planeamento que humildemente deverá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes portadores de doença mental, suas famílias e comunidade e na promoção da saúde em contexto comunitário.

A elaboração deste PIS resultou de uma necessidade real da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo que a sua realização além de um desafio foi uma imensa satisfação.

Este projeto contribuiu, para além da mobilização de nós mesmos como instrumento terapêutico, desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que permitiram durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

A enfermagem existe porque é necessária, porque existe “Outro”, porque há um outro com alguma necessidade a que nós, como enfermeiros, conseguimos responder, solucionando ou aliviando.

Ao finalizar este trabalho, houve um enriquecimento pessoal, nos cuidados na comunidade, na prática clínica e uma consciencialização dos problemas e necessidades dos familiares, o que permite irmos ao encontro da satisfação dessas mesmas necessidades. Possibilita, ainda, ser mais objetivo e tirar o máximo proveito do eu, para estar com o outro em termos profissionais. Acreditamos, que este possa também contribuir como um estímulo para o desenvolvimento de novos trabalhos, no mesmo âmbito, já que se trata de uma área pouco investigada e atualmente pouco valorizada.

“A evolução do conceito de Saúde Mental Comunitária coloca novos desafios aos enfermeiros, exigindo-se um conjunto de novas intervenções e formas de ser e fazer e estar que se prendem essencialmente com a capacidade de responder às necessidades da pessoa e comunidade.” (cit. por Bidarra, 2011: 149)


Ordem dos Enfermeiros, (2001). Apoiar os cuidadores informais de acordo com as suas necessidades e as suas perspetivas, neste processo súbito de resposta a um processo de transição inesperado, fornecer informação, motivação ou substituição nas suas necessidades, promover a sua saúde, prevenir complicações decorrentes do desempenho do seu papel e exercer uma advocacia eficaz na defesa dos cuidados a que têm direito na satisfação das necessidades que apresentam, é Enfermagem.


Pensamos que este projeto deverá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental, aos utentes com necessidades de cuidados de enfermagem neste âmbito, do ACES.


Como Mestres em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pretendemos ocupar um papel mais ativo, quer na equipa, quer na profissão.


9- REFERÊNCIAS


9.1- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


 ABREU, Wilson Correia de – *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, 2008.


 ALISTAIR Burns, STEVE Iliffe -International Journal of Nursing, Vol.1, Nº2, abril 2011.


 ASSENHAS, Ana et al -*Revista Percursos nº15, Janeiro-Março 2010*.ISSN1646-5067 Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf Consultado a 4-03-11, às 20:03h.


 BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo* – Lisboa : Edições 70; 3ªedição 1977.ISBN 972-44-0898-1.












 BERNARD, Honosé - *Cuidar -Persistir em Conjunto na Existência*, Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-58-4.

 BIDARRA, Manuel - E-book, *Informação e Saúde Mental*, 10 e 11 de novembro de 2011, Divulgação: SPESM. 137-146. ISBN: 978-989-96144-3-7 Disponível em <http://spesm.org/images/e-bookiiii.pdf> Consultado a 3-03-12, às 20 h

 BIDARRA, Manuel – Livro de Atas, *A Saúde Mental e a Vulnerabilidade Social*, Editorial: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM) Maia, novembro de 2009.ISBN: 978-989-96144-1-3.199-209 Disponível em http://www.spesm.org/index.php?option=com_booklibrary&task=showCategory&catid=70&Itemid=98 Consultado a 3-01-12, às 18h

 CARVALHO, Joaquim - *Enfermagem Psiquiátrica de consultoria e ligação: competências do enfermeiro consultor*, 2010.Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental, nº3,36-41.

 CARVALHO, Rogério; AUGUSTO, Berta -*cuidados continuados família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*: coleção Manual Sinais Vitais, 1ª edição, edições formasau, 2002.ISBN; 972-8485-29-8.

-  CHALIFOUR, Jacques - *A intervenção terapêutica “Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda”* – Volume 1 lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.
-  COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL- *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*; 12 de abril de 2007; Plano de Ação 2007 – 2016.
-  Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt> Consultado a 5-04-11, às 20:03h.
-  Documento de suporte à implementação da UCC- Missão para os Cuidados de Saúde Primários, março de 2009 Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt> Consultado a 4-02-11, às 20:03h.
-  FERNANDES, Jacinta – *Cuidar no domicílio a sobrecarga do cuidador familiar*. Lisboa: 2009. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
-  FERREIRA, Sérgio - *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer*. 2008- Tese de Mestrado em Geriatria e Gerontologia apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
-  FORTIN, Marie-Fabienne *O processo de investigação – Da conceção à realização*, Lusociência; Edição técnica e científica, Lda, 1999. ISBN-972-8383-10-X.
-  FREIRE, Adriano – *Internacionalização - Desafios Para Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo, 1998. ISBN 9789722219051.
-  GONÇALVES - Pereira Manuel e SAMPAIO, Daniel - *Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública*, 2011. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 29(1): 3-10 www.elsevier.pt/rpsp
-  HANSOM, Shirley- *Enfermagem de cuidados de saúde familiar - teoria, pratica e investigação* – lusociência, 2005. ISBN -972-8383
-  HUNGLER, Bernardette P; POLIT, Denise F – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Brasil: Artes Médicas, 1995. ISBN 85- 7307 -101 – X.

📖 LAGE, Maria Isabel – *Saúde e Envelhecimento: Os idosos e os seus cuidadores*. In LEAL, Isabel; CABRAL, Inês Pina; RIBEIRO, José Luis – atas do quarto congresso nacional da psicologia da saúde, 2002.Lisboa: ISPA.

📖 LATIMER Joanna - *Investigação qualitativa avançada para Enfermagem*, Instituto Piaget, 2005.ISBN: 972-771-811-6 .

📖 LOPES, Manuel José -*Conceções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio Moral: Alguns Dados e Implicações*. Lisboa, 2000. Associação Portuguesa dos Enfermeiros, ISBN: 972-98149-0-2.

📖 LÜDKE, Menga. Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas – Cap.2 em <http://metodologia43.pbworks.com/w/page/20815342/NOTAS-DE-CAMPO> consultado no dia 12-04-11 as 10h

📖 MARTINS, Teresa; RIBEIRO, José P; GARRET, Carolina - *Estudo De Validação Do Questionário De Avaliação Da Sobrecarga Para Cuidadores Informais* - 2003;Psicologia, Saúde & Doenças.












📖 MCDERMOTT, Robin E.; MIKULAK, Raymond J.; BEAUREGARD, Michael R. – *The Basics of FMEA*. 2ª Edição. New York: CRC Press – Taylor & Francis Group, 2009. ISBN-13: 978-1-56327-377-3


📖 MELEIS AI, Sawyer LM, Im E, MESSIAS DKH, SCHUMACHER K. Experiencing Transitions: *Na Emerging Middle – Range Theory*. Advanced Nurse Science. 2000, 23 (1): 12-28.


📖 MELEIS, Afaf I. –Transitions Theory, Springer Publishing Company, New York Ebook ,2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.


📖 MOREIRA, I.M.P.B. - *O Doente Terminal em Contexto Familiar*, 1º Ed. Coimbra, Formasau, – Formação e Saúde Lda, 2001.ISBN 972-8485-64-6.


📖 NAUERT ,Rick.- *Técnica da psicoterapia cognitivo-comportamental vem ajudando com mais eficácia o alívio do estresse de cuidadores de familiares com demência*, segundo estudo recente, 13 novembro 2011. <http://news.psicologado.com/comportamento/tecnica-da-psicoterapia-cognitivo-comportamental-vem-ajudando-com-mais-eficacia-o-alivio-do-estresse-de-cuidadores-de-familiares-com-demencia-segundo-estudo-recente>.


-  Ordem dos Enfermeiros - *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 2001.
-  Ordem dos Enfermeiros - *Consentimento Informado EP02/07*. Lisboa: 15 de março 2007.
-  NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. ISBN 972-99646-0-2
-  PATTERSON, Lewis; EISENBERG; Sheldon – *O Processo de Aconselhamento*. Martins Fontes. São Paulo, 1988.
-  PAULO Moreira, ÓSCAR Gonçalves, LARRY E. Burtter - *Métodos de Seleção de Tratamento: o melhor para cada paciente*. Porto Editora, outubro de 2005. ISBN-9720-34752-X2005.
-  PEREIRA, Hélder - *Subitamente Cuidadores Informais -A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011.Doutoramento em Enfermagem
-  PEREIRA, Maria. - *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Porto, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
-  PHANEUF, Margot -“*O envelhecimento perturbado a doença de Alzheimer*”.2º edição Loures; Lusodidacta, 2010. ISBN: 978-989-8075-27-7.
-  Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril)
-  SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. 1ª Edição. Lisboa -Porto: lidel - edições técnicas lda, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0
-  SILVA, Jacinta - *Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal*. Porto, 2011. Escola Superior de Enfermagem do Porto, dissertação de mestrado.


 SILVA, Sónia Raposo Costa; FONSECA, Manuel; BRITO, Jorge – *Metodologia FMEA e sua Aplicação à Construção de Edifícios*. 2006. Disponível em: <http://www.fep.up.pt/>; 30/01/2010. 20:30.

 SOCIEDADE PORTUGUESA DE INOVAÇÃO – *Análise Modal de Falhas e Efeitos*. 1999. Disponível em: <http://www.spi.pt/>; 30/06/2010. 22:00

 STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - *Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupo, Famílias e Indivíduos*; 4ª Edição; Lisboa; Lancaster, Lusociência; 1999.ISBN: 972-8383-05-3.

 TOLEDO, J.C; AMARAL, D.C. – *FMEA: Análise do Tipo e Efeito de Falha*. [s.d.] Disponível em: <http://www.gepeq.dep.ufscar.br/>; 30/06/2010. 21:10.

 TWYLCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Clempsi editores, 2001. ISBN: 972-796-001-4.

 WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência, 2002. ISSN 972-8383-33-9.

9.2- REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

 [Http://www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org) Consultado a 14-07-09 às 22h

APÊNDICES

APÊNDICE I
ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR NA PESSOA COM

QUADRO DE DEMÊNCIA – em contexto domiciliário

BIDARRA, Manuel José Machadinho Paiva bidarra.m@gmail.com¹;

LOPES, Joaquim Manuel de Oliveira joaquim.lopes@ess.ips.pt²

Resumo

Palavras-chave: *Projeto, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, comunidade, cuidadores informais, demência.*

A elaboração do projeto “**Re...lembrar**” resultou de uma necessidade real da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo que a sua realização além de um desafio foi uma imensa satisfação. A **definição do problema** foi: “Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental e que apoio dar aos utentes e cuidadores informais com necessidade de cuidados na área da saúde mental”. O **diagnóstico da situação** foi efetuado na UCC, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos de avaliação de diagnóstico: análise SWOT, FMEA, questionário e notas de campo. O **objetivo geral** deste projeto foi prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental à pessoa/família/comunidade, sendo especialmente dirigido para a promoção da saúde, adaptação e reabilitação dos processos de saúde e doença, em especial idosos com demência e em risco de depressão. As **Atividades/Estratégias** desenvolvidas foram: fornecer informação e participar na formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais, prestar cuidados ao utente com quadro de demência e depressão no idoso, promover e reabilitar os cuidadores informais na demência e os familiares com utentes em fase terminal. A **execução do projeto** desenvolveu-se no ACES, na UCC. Desde o início do projeto foram efetuadas: **205** visitas domiciliárias, **245** intervenções (sendo que **181** intervenções de continuidade), **24** consultas de enfermagem de 1ª vez e **77** consultas de enfermagem de continuidade. Na **avaliação do projeto** e de forma a dar resposta aos objetivos específicos, dos **24** utentes avaliados inicialmente, **16** utentes /famílias foram incluídos no projeto Re...Lembrar, **9** com quadro de demência e **7** com sintomas depressivos, das quais **8** famílias em sobrecarga do cuidador. A evolução do conceito de Saúde Mental Comunitária coloca novos desafios aos enfermeiros, exigindo-se um conjunto de novas intervenções e estratégias face ao aumento da esperança de vida dos utentes com agravamento dos défices cognitivos, com sobrecarga

¹ Enfermeiro; Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

² Enfermeiro; Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Doutorado em Enfermagem

da família envolvida nos cuidados, cabendo às instituições dar resposta às necessidades da pessoa, família e comunidade.

Abstract

Keywords: *Project, Nursing for mental health and psychiatry, community, informal caregivers, dementia.*

The development of the project "Re ... lembrar" resulted from a real need of the Community Care Unit, so its achievement was both a challenge and a great satisfaction. The problem definition was: "What are the needs for nursing care for mental health and what kind of support it gives to patients and informal caregivers in need of care in mental health" The diagnosis of the situation was made in the UCC, using the following diagnostic assessment tools: SWOT, FMEA, questionnaire and field notes. The main goal this project was to provide nursing care for Mental Health to the person - family - community, mostly directed to health promotion, adaptation and rehabilitation of health and disease processes, especially on elderly patients with dementia and depression risk. The activities / strategies developed were: to provide information and to participate in the formation of teams of nurses of the functional units, to provide care to the elderly patients in the process of dementia and depression, to promote and to rehabilitate the informal caregivers in cases of dementia and relatives of patients in end-stage situation. The project was developed in ACES in UCC. Since the project began were made: 205 home visits, 245 interventions (181 continuity interventions), 24 nursing visits for the 1st time and 77 nursing visits for continuity. Evaluating the project and in order to fulfill the specific goals of the 24 patients initially evaluated, 16 clients - families were included in the project "Re ... lembrar": 9 with dementia, 7 with depressive symptoms and 8 of these families revealed overcharged caregiver. The evolution of the concept of Community Mental Health brings new challenges to the nurses, requiring a set of new strategies to face the increasing of life expectancy of the patients with progressive cognitive deficits, with the overcharged relatives involved in the caring process, demanding the institutions to create solutions for the individuals, families and community's situations.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno actual, tendo por base o desenvolvimento tecnológico e científico no âmbito da saúde, bem como, no incremento da qualidade dos cuidados prestados nas últimas décadas.

O alongar da esperança média de vida nas últimas décadas contribuiu para o aumento da sua prevalência, rondando os 5,4%, após os 60 anos, na Europa ocidental. Há, actualmente, mais de 6 milhões de pessoas com demência na

União Europeia e 24 milhões no mundo, a maioria, 1,2%, com doença de Alzheimer. Em Portugal, “*foram publicados recentemente os resultados de um estudo epidemiológico no Norte do país, apontando para uma prevalência de demência de 2,7 % (IC 95 %:1,9-3,8 %) entre os 55 e os 79 anos.*” (cit. por Sampaio, 2011:3)

A definição do problema do projecto

foi: *Quais as necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria têm os utentes e seus cuidadores informais na comunidade (UCC);*

Que intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria podem ser desenvolvidas aos utentes da UCC e as cuidadores informais.

Ao analisar o problema, tem-se verificado que na área da saúde mental algumas modificações se prendem com a evolução demográfica, epidemiológica, tendências políticas, sociais e económicas. Assim, torna-se também necessário e essencial que as intervenções na saúde se adaptem às necessidades, na Unidade Cuidados na Comunidade que presta cuidados de saúde (apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário), em especial às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior

risco, promovendo a saúde, prevenindo complicações, reabilitando, entre outras.

Para perceber essas necessidades foi efectuado o diagnóstico da situação na UCC, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos de avaliação de diagnóstico: análise SWOT, FMEA, questionário ao Enfermeiros da UCC e visitação domiciliária. Na análise SWOT a principal dificuldade foi ao nível do financiamento do projecto e na formação, na área da enfermagem de saúde mental. As oportunidades identificadas foram: ser único, muitas necessidades sentidas na prática clínica, inovação associada às necessidades de cuidados e ir ao encontro dos padrões de qualidade. Na análise FMEA do projecto foram identificados como incidentes, a ausência de cuidados de enfermagem de saúde mental, a formação e informação dos enfermeiros, a dificuldade em cuidar dos familiares. Na Visitação domiciliar os problemas identificados foram: a evidente falta de competências na área da enfermagem de saúde mental, o tempo escasso na visitação domiciliária face ao número de utentes programados e a falta de sensibilização. Após a análise dos questionários concluiu-se que há necessidade de um projecto focalizado nas demências e depressão, na área da prevenção, do diagnóstico, e no

encaminhamento e autonomia com apoio à família na gestão da crise. Concluiu-se, ainda que, a formação e a consultoria nos cuidados de enfermagem de saúde mental são fundamentais na equipa na prestação de cuidados na comunidade.

Para dar resposta a essas necessidades foi definido o **objectivo**: prestar cuidados de enfermagem de saúde mental à pessoa/família/comunidade, sendo especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação e reabilitação aos processos de saúde e doença, em especial idosos com demência e em risco de depressão.

Tendo como outro objectivo definiu-se: fornecer informação e formação dos enfermeiros do ACES da Região de Lisboa, prestar cuidados de saúde mental ao utente com processo de demências e depressão no idoso, prestar cuidados de saúde mental aos familiares cuidadores na demência e familiares com utentes fase terminal.

“O papel do enfermeiro de Saúde Mental na Comunidade é tão diverso como complexo. O aumento da qualidade de vida, da adaptação às limitações e obtenção de autonomia do utente/família, nas mais diversas situações, exigem do enfermeiro grande capacidade de versatilidade, adaptação, assertividade,

partilha, humildade e respeito pelo próximo.” (cit. por Bidarra, 2011:144)

Cada membro da família ocupa uma determinada posição ou um determinado estatuto dentro da mesma. Todas as famílias têm funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e responder às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade. Perante uma doença de um dos elementos da família, a reestruturação de papéis e a adaptação a esta nova situação, nem sempre é fácil, pois muitas vezes as pessoas não se encontram preparadas para lidar com as alterações decorrentes da mesma.

Define-se cuidador informal a pessoa ligada por um grau de parentesco (esposo/esposa, irmão/irmã, filho/filha, genro/nora, neto/neta, avô/avó, tio/tia, sobrinho/sobrinha), não remunerada, que assuma o papel principal na assistência e prestação de cuidados e que tenha contacto com o utente alvo de cuidados.

O sofrimento emerge muitas vezes por não conseguirem dispor de tempo suficiente para estar, e cuidar dos seus familiares. Esta situação, poderá contribuir para se sentirem culpabilizados, num sentimento constante de obrigatoriedade no cuidar, o qual muitas vezes não é possível devido a

compromissos inadiáveis ou situações múltiplas, que a própria dinâmica da vida impõe.

“O conceito de sobrecarga surge associado ao estudo de pessoas sujeitas a fontes de stresse prolongado (Crespo-López & López-Martínez, 2007) ” (cit. por Pereira, 2011:20)

A doença de um elemento da família obriga a que os seus membros alterem de algum modo as rotinas e os estilos de vida a que estão habituados, os quais se podem agravar quando ocorre uma fase aguda ou hospitalização o que provoca dúvidas e incertezas.

“Cuidar do familiar cuidador é actualmente um dos grandes desafios, pois só assim o cuidador, na ausência do enfermeiro, pode manter bons cuidados ao familiar. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de perturbações merece por parte dos enfermeiros uma especial atenção, pois deles dependem os familiares doentes ao seu cuidado, bem como a sua permanência na comunidade.” (cit. por Bidarra, 2009:199)

Cuidar de um familiar ou de uma pessoa importante nas ligações afectivas, causa grande sofrimento, stress, angústia e ansiedade, pois a insegurança no cuidar e a incerteza quanto ao prognóstico, são

uma preocupação diária. Quem toma conta dos utentes com demência, lida com grandes comprometimento e desafios. Emocionalmente pode apresentar sentimentos de culpa e de cólera, assim como pode sentir-se orgulhoso do trabalho que está a fazer.

“Os inquéritos permitiram concluir que são, maioritariamente, as mulheres (70,8%) que prestam apoio mais assíduo aos doentes, com maior preponderância para os cônjuges do género feminino (33,7%), filhas (28,7%) e cônjuges masculinos (22,2%). Quer os filhos do género masculino (5,7%) quer os vários elementos pertencentes à família alargada, bem como vizinhos e amigos, independentemente do género, acabam por ter um peso relativo pouco expressivo (Gil, 2010, p. 223).” (cit. por Pereira, 2011:25)

Numa fase inicial da doença, os cuidados que implicam supervisão com vigilância e atenção constantes, devido aos seus comportamentos desajustados e à alteração da memória, levam a um grande desgaste físico e psicológico dos cuidadores. Com o desenvolvimento da demência, aumentam as necessidades e as dificuldades nas actividades de vida diária dando lugar à substituição, por fim o familiar com demência tende acamado

e totalmente dependente, o que aumenta os cuidados prestados.

Por este motivo, é essencial que os enfermeiros dêem resposta não só às necessidades do utente, mas também às da família, ou pessoa significativa, no sentido de transmitir o apoio necessário, para estes terem confiança e segurança, no cuidar do elemento doente.

“Nos casos graves de demência, 50 % dos cuidadores dedicavam dez ou mais horas por dia à prestação informal de cuidados e 83 % consideravam insuficientes ou inadequados os serviços disponíveis,” (cit. por Sampaio, 2011:5)

Normalmente, o familiar cuidador que presta os cuidados ao idoso com doença de demência é a única pessoa que contacta com o utente, uma vez que a tendência da família e dos amigos é para se irem afastando à medida que a situação agrava. Segundo Sampaio, (2011:3) muitos dos familiares sem contacto com serviços evidenciavam sobrecarga e sofrimento psicológico.

“Vários estudos têm consistentemente afirmado que o papel de cuidador informal de um doente de Alzheimer representa uma sobrecarga física e psicológica, onde a depressão é uma alteração de saúde que ocorre frequentemente (Eisdorfer 2003).

Constituem um grupo com níveis superiores de ansiedade e depressão comparativamente à população em geral, consomem mais psicofármacos e tem uma pior percepção da sua saúde (Garre-Olmo et al., 2000). Também O’ Brien (2000) e Weitzner et al. (2000), referem que são frequentes casos de ansiedade, depressão ou sensação de isolamento. Estima-se que 60 a 70 % dos cuidadores familiares de doentes com demência desenvolve stress ou outras doenças médicas ou psiquiátricas (O’ Brien, 2000).” (cit. por Pereira, 2009:53)

À medida que a demência progride e a incapacidade aumenta, as necessidades aumentam e aumenta a complexidade da prestação de cuidados, aumentam as responsabilidades surgindo a ajuda no processo de planeamento de vida e tomada de decisões sobre si e as suas “coisas”.

“Existem cuidadores que consideram, face ao processo de deterioração que um doente de Alzheimer sofre, que este vai morrendo em vida (Bieglel, Salers e Schulz referidos por De La Cuesta, 2004). Torna-se difícil superar o luto provocado pela perda de uma mãe ou companheira que ainda está fisicamente presente. De La Rica e Hernando (1994) referindo Jacques consideram que o luto vivenciado por um familiar de um doente

demenciado difere do luto decorrente da morte de um ente querido, por um lado a pessoa continua viva e até pode estar fisicamente saudável e por outro lado este processo pode demorar períodos de tempos longos.” (cit. por Pereira, 2009:45)

Preparar o “desligar-se” do papel de cuidador de utentes com demência não pode começar quando a situação de cuidado termina e o familiar morre, sob pena de não se ser capaz de ter uma intervenção eficaz ou no tempo necessário. Preparar o “desligar-se do papel” será, então, um dos objectivos fundamentais da fase intermédia, da fase em que se está em pleno no desempenho das actividades relacionadas com esse mesmo papel. Morrer em casa é uma escolha difícil que o CI tem de tomar, engloba desejos antes da deterioração cognitiva, a personalidade de cada elemento e a disponibilidade da mesma.

“A intervenção junto destes cuidadores não pode, pois, remeter-se ao acompanhamento dos cuidadores para que sejam competentes no desempenho de cuidar. Uma preocupação a não esquecer é que esse papel é transitório e que devem ser criadas condições para que, finda essa fase, o cuidador não permaneça “preso” numa situação de

isolamento da qual, então, dificilmente escapará: seria então vítima de uma dupla injustiça.” (cit. por Pereira, 2011:177)

Trata-se de preparar o futuro, de restabelecer contactos sociais, redefinir objectivos de vida, de desenvolver actividades gratificantes, estimular actividades recreativas não só para que se previna no imediato as consequências adversas da solidão e do isolamento social, mas, fundamentalmente, como um investimento no futuro, como meio de garantir que não se hipotecará a integração do cuidador nos diferentes contextos alvo do seu interesse, depois de terminada a prestação directa de cuidados.

“As intervenções por prestadores de cuidados podem ser tão poderosas como o tratamento medicamentoso em termos de resultado” (cit. por Alistair 2011:9)

O aconselhamento facilita a realização das opções das quais depende o desenvolvimento interior da pessoa, de forma a promover o desenvolvimento através de escolhas certas.

“O objectivo do aconselhamento, concebido amplamente, é capacitar o cliente a dominar situações da vida, a desenvolver actividades que produzam crescimento e a tomar decisões eficazes.

Como resultado do processo, aumenta o controlo do indivíduo sobre as adversidades actuais e as oportunidades presentes e futuras”. (cit. por Patterson 1988: 01)

Quando o utente tem melhores percepções (insights) das suas necessidades, desejos e capacidades em relação às oportunidades proporcionadas por meio particular, está capacitado para viver de modo mais efectivo. O aconselhamento aplicado como educação, prevenção, de apoio, situacional, voltado para a solução de problemas, trabalha o consciente. Nos cuidadores informais com pessoas de demência na promoção de saúde e reabilitação é um processo de consciencialização das suas necessidades não satisfeitas ou das transições, quer nas situações de luto ou possível perda. O termo “processo” ajuda a ter a ideia sobre a essência do aconselhamento. Este é uma sequência identificável de acontecimentos num determinado tempo. O processo de aconselhamento é sem dúvida uma forma terapêutica adequada na sobrecarga dos familiares cuidadores. O mesmo demonstra como os cuidadores que acompanham os familiares com demência, quer nos papéis de transição, quer nas suas necessidades, ou ainda no luto dos seus familiares, sentem com menor impacto essa perda. Após

estabelecer uma aliança terapêutica, fala-se dos seus sentimentos de perda, de angústia, verificando-se que há mais espontaneidade, menos receios ou preconceitos ao dialogar sobre a doença do seu familiar com demência.

“Finalmente, o trabalho com famílias constitui uma oportunidade para a promoção da saúde com cada um dos seus elementos, estejam ou não em sofrimento neuropsiquiátrico e independentemente do tipo de intervenção familiar.” (cit. por Sampaio, 2011:6)

O trabalho com famílias transmite conhecimento sobre a doença mental incidindo na literacia em saúde mental e, no campo da demência, na informação: sintomas e diagnóstico, etiologia, tratamentos farmacológicos e psicossociais, prognóstico, como lidar com os comportamentos do seu familiar, gestão na crise, falecimento ou luto, questões legais (direitos da pessoa com demência, inabilitação e interdição, poder de decisão sobre a assistência clínica), benefícios fiscais e protecção social e ajuda possível para o cuidador informal (incluindo auto e entreajuda).

As necessidades dos CI de pessoa com demência são esquecidas, quer pelos próprios, quer pela família ou pelos

técnicos de saúde, que estão à sua volta. É importante a compreensão das necessidades do familiar cuidador, de forma a ajudar a reduzir a sobrecarga do cuidador.

Virgínia Henderson define “necessidade” como uma exigência mais do que uma carência, que tem o sentido de algo positivo. A satisfação destas necessidades mantém a integridade da pessoa, mas cada indivíduo é um ser único e com inúmeras necessidades específicas. Todas as necessidades contêm quatro componentes: fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. A realização das necessidades varia de pessoa para pessoa. Para que se possa ajudar o CI a desenvolver as suas capacidades, devemos ser capazes de nos colocarmos no lugar deste. Ter capacidade, requer atenção, escuta, observação e interpretação dos comportamentos do utente. Segundo Chalifour (2008:18) quando uma pessoa necessita de ajuda, estes processos deixam de funcionar de um modo harmonioso e não consegue fazer escolhas satisfatórias para si próprio. Quando as necessidades dos cuidadores ficam por satisfazer surgem as doenças e os desequilíbrios. Há que promover e quando necessário reabilitar os familiares cuidadores.

Segundo Bidarra (2009:204), num estudo de caso realizado com aplicação da escala de CANE aos familiares cuidadores, verificou-se que há Necessidade de Suporte Psicológico, Necessidade de Contactos Sociais e Necessidade de Promoção de Saúde.

A transição de papéis é o processo de aprendizagem de comportamentos necessários para exercer um novo papel de forma eficaz. Assim, pode dizer-se que a mudança é externa e a transição é interna, para a mudança funcionar, a transição tem de ocorrer e o ponto de partida para a transição. Quando o familiar cuidador vivencia situações de stress e desequilíbrio no cuidar, necessita de adaptar-se, mobilizando os seus recursos para enfrentar os problemas, para resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer.

“Quando os indivíduos e famílias sofrem alterações devido à doença crónica, o funcionamento do sistema familiar pode ser perturbado, os papéis são frequentemente alterados e redefinidos em consequência da doença crónica.”
(cit. por Meleis 2010:572)

Os familiares cuidadores de utentes de demência têm de se adaptar constantemente a alterações que vão surgindo no decorrer da evolução da

doença, com deterioração progressiva do funcionamento mental associada à demência.

“Na comunidade a enfermeira de saúde pode desempenhar um papel importante para ajudar as famílias a se adaptarem a estas mudanças. Este capítulo descreve o uso da suplementação de papel como uma intervenção de enfermagem para promover a efetiva adaptação, funcionamento e crescimento de uma família em que um membro tem a doença de Alzheimer.” (cit. por Meleis 2010:572)

Estas alterações podem ser demonstradas através de três frases de comportamento que ocorrem ao longo de vários anos: esquecimento, confusão mental e demência com mudanças na personalidade, afastamento do contacto social, falta de espontaneidade, dificuldade anteriormente conhecida / tarefas simples, leitura prejudicada, por escrito, e linguagem, perda da coordenação motora e desequilíbrio, e negligência pessoal/aparência. Em última análise, o indivíduo torna-se completamente incapacitado e acamado. As estratégias de clarificação de papéis, o ensino, aconselhamento o papel e o grupo de referência, como a psicoeducação podem ser importantes para implementar a suplementação de papel e facilitar o

papel. A visitação domiciliária permite aos familiares "experimentar" o seu novo papel e desenvolver sistemas de apoio alternativo no cuidar, de forma aumentar o controlo da situação através de ensinamentos, sobre as situações de crise, controlo de sintomas, embora sabendo que a ajuda estava disponível a qualquer momento entre as visitas através de contacto telefónico. No entanto, nos CI com utentes com demência, o cuidar por longos anos, as diversas adaptações que o cuidador tem que assumir, causa alguma dependência emocional e psicológica. Quando a ausência do seu familiar passa a existir, têm que fazer mais uma adaptação, o que por vezes é mais difícil do que o início do cuidar. As visitas aos cuidadores que perderam o seu familiar são importantes para ajudar nesse papel de transição, por vezes ficam com rotinas e rituais difíceis de perderem. Alguns cuidadores descrevem alucinações auditivas como “a chamar”, toques e sons, vão várias vezes ao quarto como era habitual. Isto pode ser facilitador do processo de luto, contribuindo para um sentimento de utilidade e atenuação de uma eventual sensação de culpa, após a morte. Desta forma, poderão alcançar processos de transição saudáveis.

As Actividades/Estratégias desenvolvidas no projecto foram:

- Fornecer Informação e Participar na Formação dos Enfermeiros das equipas das unidades funcionais do ACES da região de Lisboa na área da Saúde Mental (estar presente nas reuniões com as equipas de Enfermagem para aconselhamento/consultoria dos casos); Realizar visita domiciliária (quando ou sempre que solicitado, com as equipas de Enfermagem para avaliação clínica dos casos); Realizar reuniões periódicas com a equipa multidisciplinar (para instituir um regime terapêutico ajustado a cada caso); Promover acções de sensibilização e formação na área da Enfermagem Saúde Mental.

- Prestar cuidados ao utente com processo de Demência e Depressão no Idoso; efectuar entrevista de enfermagem de saúde mental (a todos os utentes referenciados aos cuidados de saúde mental); Realizar actividades para desenvolver capacidades cognitivas na demência; Avaliar as capacidades cognitivas (através de escala); Realizar uma avaliação mental aos utentes (com sinais de alteração de memória ou com alteração do humor com recurso a escalas depressão); Promover a saúde física dos utentes com demência (de forma minimizar os riscos de danos físicos,

Encaminhar para o médico de família ou outro recurso (hospital, consulta externa/privada, ...).

- Promover e reabilitar os familiares cuidadores na demência e familiares com utentes fase terminal; avaliar os cuidadores através de avaliação mental (colheita de dados); Realizar programas de intervenção com os cuidadores; Aplicar escala de sobrecarga do cuidador (QASCI); Aplicar a escala de CANE aos familiares cuidadores; Realizar intervenção com processo de aconselhamento (psicoterapêutico) aos familiares, de forma a ultrapassarem as dificuldades; Sensibilizar os enfermeiros da UCC para as necessidades dos cuidadores; Possibilitar contacto através de telefone/telemóvel para solicitação de ajuda (SOS).

A execução do projecto desenvolveu-se no ACES, na UCC. Desde o início do projecto, foram efectuadas: 205 visitas domiciliárias, 245 intervenções (sendo 181 intervenções de continuidade), 24 consultas de enfermagem de 1ª vez e 77 consultas de enfermagem de continuidade; das 205 visitas domiciliárias, 175 (85%) dos utentes são Femininos e 30 (15%) são Masculino; 24 utentes tiveram consultas de enfermagem pela 1ª vez; 77 (31,4 %) das intervenções

foram de consultas de enfermagem; 36 (14,6%) das intervenções foram desenvolvimento cognitivo; foram efetuadas 17 (6,9%) avaliações de diagnóstico com aplicação de escalas (Exemplo MMS, QASCI, DGS); 31 (12,6%) dos casos foram encaminhados/referenciados; foram realizadas 15 (6,1%) reuniões de consultoria, das 49 (20%) intervenções foram de aconselhamento. Existiram 20 (8,1%) visitas em conjunto com equipa multidisciplinar; houve necessidade de efetuar 92 tratamentos: 48 pensos, 3 injectáveis, 41 avaliações de parâmetros (TA e glicemia) e 16 outros (como por ex. telefonemas).

Avaliação do projecto e de forma a dar resposta aos objectivos específicos, dos 24 utentes avaliados inicialmente, 16 utentes /famílias foram incluídos no projecto “Re...Lembrar”, 9 com quadro de demência e 7 com sintomas depressivos, das quais 8 famílias em sobrecarga do cuidador.

Os tratamentos tendem a privilegiar o aumento do funcionamento dos utentes com demência (incluindo a modificação do ambiente no domicílio, quer na prestação de cuidados de saúde, na comunicação como a terapia

reminiscente, e a modificação comportamental).

A evolução do conceito de Saúde Mental Comunitária coloca novos desafios aos enfermeiros, exigindo-se um conjunto de novas intervenções e formas de ser e fazer e estar que se prendem essencialmente com a capacidade de responder às necessidades da pessoa e comunidade.” (cit. por Bidarra, 2011: 149)

“A ineficácia dos programas públicos de saúde de cuidados ao domicílio, não só traz graves prejuízos a todo o sistema, como também à grande massa de cuidadores. Monis, et al (2005) relatam que o cuidado formal de saúde prestado no domicílio não é mais de que a ponta do iceberg, no qual o sistema informal constitui um verdadeiro sistema invisível de cuidados de saúde. “ (cit. por Silva, 2011:37)


Vernooij-Dassen enfatizou que os cuidadores de demência não precisam estar sozinhos nesse desafio, *“quando eles precisam de apoio, devemos ajudar na reformulação de seus pensamentos e a melhor compreensão sobre a demência, produzindo eventualmente resultados positivos.”* (cit. por Nauert, 2011)


A Unidade de Cuidados na Comunidade foi um verdadeiro desafio que me foi


lançado, não só pelo facto da intervenção comunitária ser uma área da saúde mental, como também por ser uma unidade, que pelas suas características poderá contribuir de forma bastante positiva para a visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Penso que o método utilizado no diagnóstico e as intervenções deste projecto demonstram os ganhos em Saúde, para o ACES. Este projecto pode traduzir ganhos ao nível da população-alvo dos nossos cuidados.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


 ALISTAIR Burns, STEVE Iliffe - International Journal of Nursing, Vol.1, Nº2, abril 2011.


 BIDARRA, Manuel - E-book, *Informação e Saúde Mental*, 10 e 11 de novembro de 2011, Divulgação: SPESM. 137-146. ISBN: 978-989-96144-3-7 Disponível em <http://spesm.org/images/e-bookiii.pdf> Consultado a 3-03-12, às 20 h


 BIDARRA, Manuel – Livro de Atas, *A Saúde Mental e a Vulnerabilidade Social*, Editorial: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM) Maia, novembro de 2009. ISBN: 978-989-96144-1-3. 199-209 Disponível em http://www.spesm.org/index.php?option=com_booklibrary&task=showCategory&


[catid=70&Itemid=98](#) Consultado a 3-01-12, às 18h


 CHALIFOUR, Jacques - *A intervenção terapêutica “Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda”* – Volume 1 lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.


 GONÇALVES - Pereira Manuel e SAMPAIO, Daniel - *Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública*, 2011. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 29(1): 3-10 www.elsevier.pt/rpsp

 MELEIS, Afaf I. – *Transitions Theory*, Springer Publishing Company, New York Ebook ,2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

 NAUERT ,Rick.- *Técnica da psicoterapia cognitivo-comportamental vem ajudando com mais eficácia o alívio do estresse de cuidadores de familiares com demência*, segundo estudo recente, 13 novembro 2011. <http://news.psicologado.com/comportamento/tecnica-da-psicoterapia-cognitivo-comportamental-vem-ajudando-com-mais-eficacia-o-alivio-do-estresse-de-cuidadores-de-familiares-com-demencia-segundo-estudo-recente>.


 PATTERSON, Lewis; EISENBERG; Sheldon – *O Processo de Aconselhamento*. Martins Fontes. São Paulo, 1988.

 PEREIRA, Hélder - *Subitamente Cuidadores Informais* -A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011.Doutoramento em Enfermagem

 PEREIRA, Maria. - *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e*



psicopatologia. Porto, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

 SILVA, Jacinta - *Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal*. Porto, 2011. Escola Superior de Enfermagem do Porto, dissertação de mestrado.

APÊNDICE II
QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

PREÂMBULO

Este questionário destina-se a obter os dados necessários à realização de um diagnóstico de situação na área da enfermagem de saúde mental, inserido 1º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a decorrer na Escola Superior de Saúde / Instituto Superior de Setúbal.

Antes de iniciar o preenchimento, agradeço a leitura e a assinatura do **DOCUMENTO DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO**, que se encontra na página seguinte.

**A SUA COLABORAÇÃO É MUITO IMPORTANTE
E DESDE JÁ AGRADEÇO A DISPONIBILIDADE**

CASO CONCORDE ENTRAR NO ESTUDO, PEÇO-LHE QUE:

- Preencha todos os itens do questionário.

Enf.º Bidarra

NOTA INTRODUTÓRIA

RESPONSÁVEL:

Enf. Bidarra

O **objectivo do estudo** é a realização de um diagnóstico de situação sobre as necessidades em cuidados especializados em Enfermagem de saúde mental dos utentes da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial, não serão registados nem utilizados em qualquer base de dados ou outra forma de registo a não ser para o fim a que se destinam.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados mais tarde, mas os participantes nunca serão identificados. Estes resultados estarão à disposição a pedido dos interessados.

Pelo presente documento, foi-me explicado, pelo que compreendi e:

(assinale uma cruz a opção que pretende)

Aceito participar no estudo ☐

Não aceito participar no estudo ☐

Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1-Quais as patologias na área da saúde mental que identifica em programa de cuidados domiciliários?

2-Considera que existem necessidades de cuidados especializados na área da enfermagem de saúde mental ao utentes /família em contexto de domicílio?

Sim ☐ Não ☐

a) Se sim, que tipo de cuidados?

3-Os utentes com necessidades de cuidados de saúde mental são acompanhados por algum profissional com especialidade na área?

Sim ☐ Não ☐

4-Considera importante uma intervenção na área da enfermagem de saúde mental?

a) Se sim, que tipo de intervenção?

5-Prevê ganhos em saúde para a utente e sua família?

Sim ☐ Não ☐

a) Que ganhos em saúde?

6-Se houvesse um projecto na Prestação de cuidados na área da Enfermagem de saúde mental, solicitaria a sua colaboração para a intervenção/plano terapêutico?

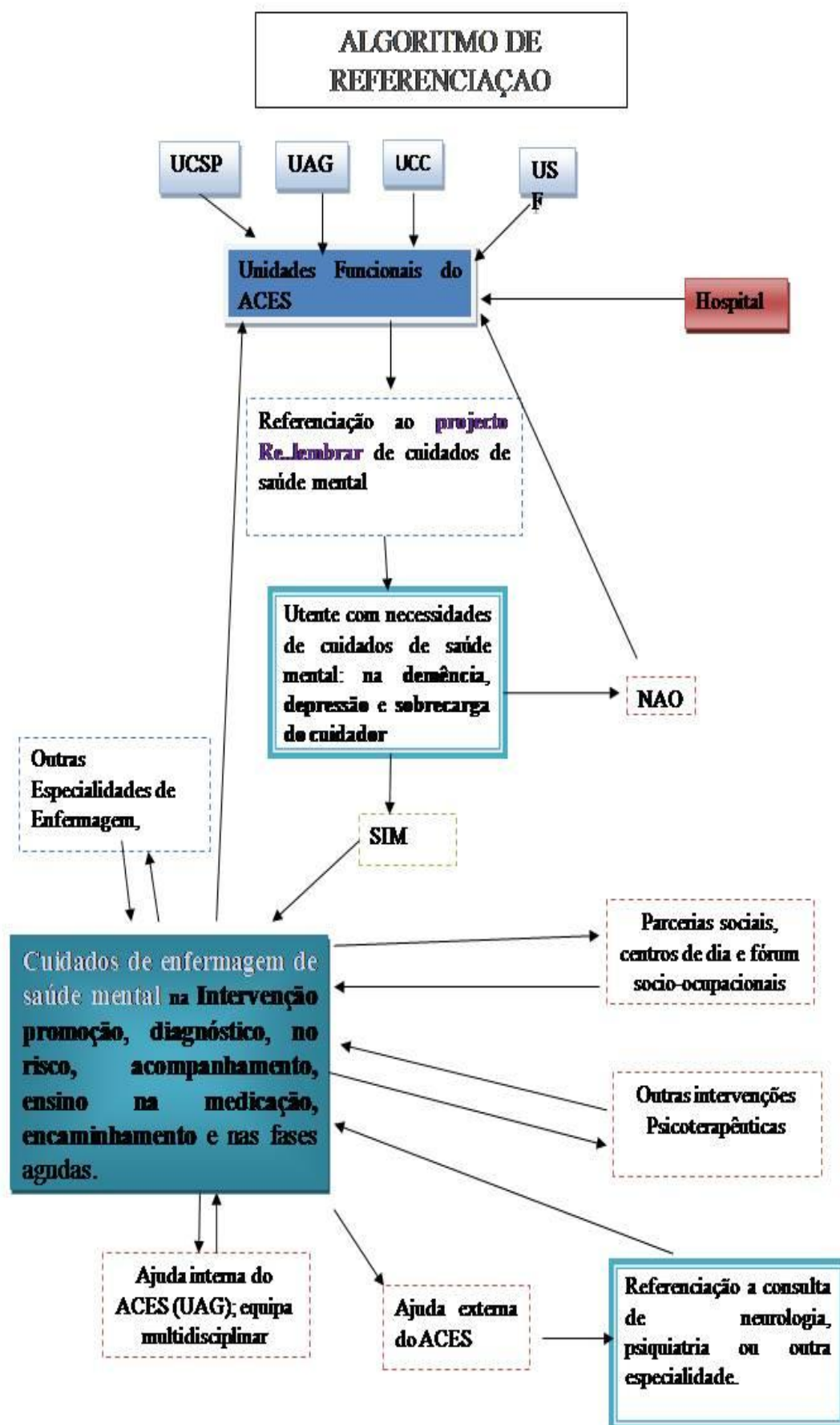
Sim ☐ Não ☐

Sugestões

Obrigado pela colaboração.

APÊNDICE III

ALGORITMO DA REFERENCIAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE
MENTAL



APÊNDICE IV

FOLHA DE REFERENCIAÇÃO PARA AS UNIDADES FUNCIONAIS

**FOLHA DE REFERENCIAÇÃO
DE APOIO A CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL**

CONFIDENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:

Nº Proc. _____

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO:

M ☐

F ☐

MORADA: _____

TELEFONE: _____

MÉDICO DE FAMÍLIA: _____ ENFº DE REFERÊNCIA _____

NºUTENTE: _____

ANTECEDENTES DE DOENÇA MENTAL:

Patologias associadas: _____

Unidade funcional que referencia: _____

Nome Familiar cuidador: _____

Motivo da referenciação: _____

Observações pertinentes: _____

REFERENCIAÇÃO:

DE:

ENFERMEIRO (A)

☐

MÉDICO (A)

☐

OUTRO _____

FISIOTERAPEUTA

☐

PSICÓLOGO (A)

☐

ASSISTENTE SOCIAL

☐

TERAPEUTA OCUPACIONAL (A) ☐

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

NOTA: As referenciações devem ser entregues ou enviadas ao responsável do projecto **SEMPRE em CARTA FECHADA**, por motivos de confidencialidade.

APÊNDICE V
FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO
DE APOIO A CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL

CONFIDENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:

Nº Proc. _____

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: M ☐ F ☐

MORADA: _____

TELEFONE: _____

MÉDICO DE FAMÍLIA: _____ ENFº DE REFERÊNCIA _____

Nº UTENTE: _____

NOME FAMILIAR CUIDADOR: _____

DIAGNÓSTICO: _____

ANTECEDENTES DE DOENÇA MENTAL: _____

Patologias associadas: _____

Motivo da referenciação: _____

Observações pertinentes: _____

REFERENCIAÇÃO:

para:

ENFERMEIRO.....	<input type="checkbox"/>	MÉDICO DE FAMÍLIA.....	<input type="checkbox"/>
PSIQUIATRIA.....	<input type="checkbox"/>	NEUROLOGISTA.....	<input type="checkbox"/>
PSICÓLOGO (A).....	<input type="checkbox"/>	ASSISTENTE SOCIAL.....	<input type="checkbox"/>
TERAPEUTA OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>	FISIOTERAPEUTA.....	<input type="checkbox"/>
OUTRO	<input type="checkbox"/>	_____	

Terapêutica

Medicamento	Dosagem	Data início	Jejum	PAI	AL	Lch	Jt	Deitar

DATA: ____/____/____

ASSINATURA:

Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

APÊNDICE VI

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO

UTENTE/CUIDADOR INFORMAL

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº PROCESSO

☐

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

NOME PELO QUAL PREFERE SER CHAMADO (A): _____

MORADA: _____

DATA DE ADMISSÃO: __/__/__

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__

ESTADO CIVIL:

Casado (a)/ união de facto ☐

solteiro(a) ☐

Viúvo(a) ☐

divorciado(a) ☐

IDADE: ____ anos

CONTACTO TELEFÓNICO: _____

NACIONALIDADE: _____

PROFISSÃO:

Activo(a) ☐

Reformado(a) ☐

Desempregado(a) ☐

Doméstica(o) ☐

ESCOLARIDADE: _____

2. SITUACÃO SOCIO-FAMILIAR

INSTITUIÇÕES DE APOIO SOCIAL:

Santa casa misericórdia ☐ Centro de dia ☐ Voluntários ☐
Câmara ☐ Junta de freguesia ☐ nenhum ☐
Outro _____

APOIO FAMILIAR:

Família ☐ Empregada(o) ☐ Vizinho (s) ☐
Amigo (s) ☐ outro ☐ _____

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: _____

MEDICAÇÃO HABITUAL: _____

TERAPÊUTICA

Medicamento	Dosagem	Data inicio	Jejum	PAI	AL	Lch	Jt	Deitar

ESTRUTURA FAMILIAR:

Nuclear ☐ Alargada ☐ Recombinada ☐ Indivíduo só ☐ Outros ☐

OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES:

RELIGIÃO:

3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

NÍVEL DE ATENÇÃO:

Vigil ☐ Sonolento ☐ Prostrado ☐ Obnubilado ☐ Inconsciente ☐
Mantida ☐ Fatigável ☐ Distratibilidade ☐

COMPORTAMENTO:

Adequado ☐ Desadequado ☐ Colaborante ☐ Não colaborante ☐
Pouco colaborante ☐ Agitado ☐ Inquieto ☐ Ansioso ☐ Calmo ☐
Negativista ☐ Manipulado ☐ Auto-agressivo ☐ Hetero-agressivo ☐
Apelativo ☐ Obsessivo-compulsivo ☐ Extravagante ☐ Lentificado ☐
Lamurioso ☐ Tentativa de fuga ☐

ORIENTAÇÃO:

Autopsíquica ☐ Alopsíquica ☐ Desorientado autopsiquicamente ☐
Desorientado Alopsiquicamente ☐

ATIVIDADE MOTORA:

Atividade motora incessante (inquietação) ☐ Sem agitação ☐
Incapacidade de estar quieto (acatisia) ☐
Incapacidade de focar ou manter a atenção a estímulos ☐

ALUCINAÇÕES:

Sem alterações ☐ Visuais ☐ Auditivas ☐ Olfativas ☐ Tácteis ☐

Gustativas ☐

Conteúdo:

ANSIEDADE:

Alteração auto-controle ☐ Alteração auto-segurança ☐ Taquicardia ☐
Sudorese ☐ Trémulo de voz ☐ Tremores ☐ Palidez ☐

MOVIMENTO CORPORAL:

Aumento da tensão muscular ☐ Inquietação ☐

SENTIMENTOS:

Ameaça ou perigo ☐ Medo ou pânico ☐ Desesperança ☐ Culpa ☐
Desalento ☐ Desinteresse ☐ Abandono ☐

EMOÇÃO:

Anedonia ☐ Labilidade emocional ☐ Perda de confiança ☐
Alterações de animo ☐ Diminuição da auto-estima ☐

ENERGIA:

Hipoactividade ☐ Diminuição da capacidade de concentração/atenção ☐
Fatigabilidade ☐

MEMÓRIA:

Remota ☐ Normal ☐ Alterada ☐

RELAÇÃO COM OS OUTROS:

Diminuição da interacção social ☐ Isolamento ☐

HUMOR:

Ciclotímico ☐ Neutro ☐ Lábil ☐ Eufórico ☐ Eutímico ☐
Depressivo ☐

IDEIAS:

Abandono ☐ Ruína ☐ Morte ☐ Inutilidade ☐ Presente ☐

Ausente ☐ Estruturado: sim ☐ não ☐

COMPORTAMENTOS ADITIVOS:

Abusivos: sim ☐ não ☐ especificar: _____

Dependência: sim ☐ não ☐ especificar. _____

PENSAMENTO:

Processo de pensamento:

Fuga de ideias ☐

Pensamento vago/vazio ☐

Pensamento incoerente ☐

Lentificação das associações ☐

Conteúdo de pensamento:

Delirante ☐

Fobias ☐

Ideias de referência e influência ☐

Obsessões/Compulsões ☐

Pobreza de conteúdo ☐

Ideias homicidas ☐

Ideias suicidas ☐

Actividade delirante:

Presente ☐

Ausente ☐

Tipos de delírio:

Delírio esquizoide: Prejuízo ☐ Perseguição ☐ Influência ☐

Delírio melancólico: Hipocondríaco ☐ Negação ☐ Auto-acusação ☐

Delírio paranoide: Grandeza ☐ Passionais ☐ Místicos ☐

Associações delirantes (auto-relacionamento) ☐

SONO E REPOUSO:

Padrões de sono:

Horas: _____ Início: _____ Fim: _____

Quantas vezes desperta: _____

Desperta espontaneamente ☐ Sensação de tranquilidade ao acordar ☐

Tem sono leve ☐ Recorre a indutores de sono ☐

Sente-se cansado ao acordar ☐ Vigil durante a noite ☐

Insónia:

Presente ☐ Ausente ☐

Tipo de insónia:

Inicial ☐ Intermédia ☐ Tardia ☐

COMUNICAÇÃO:

Comunicação não-verbal:

Mímica facial ☐ Gestual ☐ Postura corporal ☐

Comunicação verbal:

Mutismo ☐ Discurso incoerente ☐ Frases curtas ☐ Discurso pobre ☐

Discurso imperceptível ☐ Discurso perceptível ☐ Monossílabos ☐

Discurso pueril ☐ Discurso pouco perceptível ☐ Verborreia ☐

Discurso vago ☐ Estereotípias ☐ Discurso coerente ☐ Afasia ☐

Disartria ☐ Neologismos ☐

Impedimento da fala (descrever): _____

Outros: _____

4. AVALIAÇÃO DA ESCALA DE CAN:

Alojamento ☐ Alimentação ☐ Tarefas domésticas básicas ☐

Cuidados pessoais ☐ Actividades diárias ☐ Saúde física ☐

Informação sobre a doença e tratamento ☐ Sofrimento psicológico ☐

Risco de danos para o próprio ☐ Drogas ☐ Contactos sociais ☐

5. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO:

Ensinos nos cuidados ☐ Aconselhamento ☐ Terapia breve ☐

Psicoeducação ☐ Treino de competências sociais e pessoais ☐

Terapias expressivas ☐ Gestão de stress ☐ Luto ☐

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.